



Instituto Superior Bissaya Barreto

Fundação Bissaya Barreto

O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Dissertação para obtenção do grau de
Mestre em Gerontologia Social

Orientadora: Prof. Doutora Maria Helena Gomes dos
Reis Amaro da Luz

Mestranda: Andreia Isabel Salgado Gomes (N.º 3123)

Coimbra

Abril 2013





Instituto Superior Bissaya Barreto

Fundação Bissaya Barreto

O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia Social

Orientadora: Prof. Doutora Maria Helena Gomes dos
Reis Amaro da Luz

Mestranda: Andreia Isabel Salgado Gomes (N.º 3123)

Coimbra
Abril 2013



*A todos aqueles que, com o seu saber,
a sua colaboração e o seu apoio crítico,
dispuseram do seu tempo para debater comigo
orientações práticas e teóricas sobre a temática em estudo.
À Dr.ª Helena Reis, pelo precioso apoio e atenção.*



Índice

Índice de Figuras

Índice de Tabelas

Índice de Anexos

Introdução

Parte I – Enquadramento Teórico

1.	Envelhecimento	10
1.1.	Envelhecimento Demográfico – Contexto Português	10
1.2.	Velhice versus Envelhecimento.....	15
1.3.	Envelhecimento Bem-Sucedido e Qualidade de Vida.....	18
2.	Bem-Estar Psicológico das Pessoas Idosas	23
3.	As Políticas Sociais e a Velhice	27
3.1.	Surgimento e Evolução das Políticas Sociais da Velhice em Portugal.....	28
4.	O Apoio Social na Velhice.....	35
4.1.	Conceitos, Funções e Efeitos do Apoio Social.....	35
4.2.	Redes Sociais de Apoio a Idosos - A Importância do Apoio Institucional	36
4.3.	Serviços e Equipamentos Sociais para a Velhice	39
5.	O Apoio Social em Instituição: o Caso dos Centros de Dia.....	43
5.1.	Conceito e objectivos do Centro de Dia	44
5.2.	Organização, Serviços e Princípios Gerais de Funcionamento	46
5.3.	Destinatários	48
5.4.	Motivações na utilização do equipamento.....	49



5.5. Avaliação dos Centros de Dia	50
---	----

Parte II – Estudo Empírico

1. Enquadramento Metodológico	53
1.1. Problematização da Investigação.....	53
1.2. Relevância do Estudo	55
1.3. Limitações do Estudo	56
1.4. Objectivos da Investigação	57
1.5. Caracterização Empírica da Pesquisa	60
1.6. Campo de Pesquisa.....	60
1.6.1. Área Geográfica	60
1.6.2. Amostra	63
1.7. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados.....	63
1.8. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados	69
2. Apresentação de Resultados.....	70
2.1. Perfil do utente do Centro de Dia	70
2.2. Características dos utentes e relação com o Centro de Dia	72
2.3. Serviços e actividades existentes no Centro de Dia/Grau de utilização e nível de satisfação dos utentes	77
2.4. Análise dos elementos valorizados pelos utentes no âmbito dos cuidados usufruídos no Centro de Dia	82
2.5. Análise da satisfação global dos utentes em relação aos cuidados prestados pelo Centro de Dia	87
2.6. Análise do nível de bem-estar psicológico dos utentes	87

Bibliografia



Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura etária da população residente, por sexo em 2001 e 2011

Figura 2 - Estrutura etária da população em 2001 e 2011

Figura 3 - Índice de envelhecimento, por NUTS II (2001 e 2011)

Figura 4 - Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTS II (2011)

Figura 5 - Variação da população com 65 ou mais anos que vive sozinha, por NUT II (2001-2011)

Figura 6 - Variação da população com 65 ou mais anos que vive exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II (2001-2011)

Figura 7 - Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011

Figura 8 - Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas (Continente 1998-2010)

Figura 9 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas (Continente 1998-2010)

Figura 10 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas (Continente 1998-2010)

Figura 11 - Distribuição percentual da oferta e da população-alvo (≥ 65 anos), por distrito, Ano 2010

Figura 12 – Mapa de localização do distrito de Coimbra e mapa dos respectivos concelhos e cidades

Figura 13– Mapa das Freguesias dos Concelhos de Coimbra e Cantanhede



Figura 14 – População residente em 2011 nas Freguesias de Ançã, São João do Campo São Silvestre, segundo os grupos etários.



Índice de Tabelas

Tabela 1: Área geográfica de Residência

Tabela 2: Caracterização sócio-demográfica dos utentes

Tabela 3: Tempo e intensidade de utilização

Tabela 4: Frequência do tempo de utilização (meses)

Tabela 5: Características dos utentes/Relação com o Centro de Dia

Tabela 6: Actividades da Vida Diária (AVDs)

Tabela 7: Sugestões de melhoria

Tabela 8: Serviços existentes, utilização do serviço, grau de satisfação

Tabela 9: Comunicação entre utentes

Tabela 10: Performance dos colaboradores

Tabela 11: Relacionamento entre colaboradores e utentes

Tabela 12: Interação entre colaboradores

Tabela 13: Ambiente moral geral

Tabela 14: Agradabilidade geral da estrutura do Centro de Dia

Tabela 15: Alimentação

Tabela 16: Satisfação Global dos utentes

Tabela 17: Índice global de bem-estar psicológico

Tabela 18: Felicidade

Tabela 19: Sociabilidade

Tabela 20: Controlo de Si e dos acontecimentos



Tabela 21: Envolvimento social

Tabela 22: Auto-estima

Tabela 23: Equilíbrio



Índice de Anexos

Anexo I – Questionário Sócio-Demográfico

Anexo II – Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)

Anexo III – Questionário do Utente (Protocolo de avaliação de Centros de Dia – versão portuguesa para investigação – PACD-I)

Anexo IV – Pedido de Autorização para a realização da Investigação

Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Informado



Introdução

Dentro do contexto do fenómeno do envelhecimento demográfico, em Portugal o eixo central das políticas sociais de velhice visa essencialmente a manutenção do idoso no seu domicílio, sendo da responsabilidade da família e da comunidade assegurarem o acompanhamento e a inserção dos seus familiares idosos. “O discurso político abandona a questão da terceira idade para se centrar na “solidariedade entre gerações” e na “inserção social” das pessoas idosas” (Salselas, 2007, p.34).

Esta nova política da velhice conduziu ao surgimento de novos equipamentos sociais para a população idosa, destacando-se o caso dos Centros de Dia. Estes têm uma grande visibilidade e aceitação por parte dos idosos e respectivas famílias, uma vez que produzem respostas facilitadoras e adequadas à satisfação das necessidades fundamentais dos idosos e à sua manutenção no domicílio, prolongando a sua independência.

Tal como definidos pelo Ministério do Emprego e Segurança Social-Direcção Geral de Acção Social, os Centros de Dia são “uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar” (Bonfim e Saraiva, 1996, p.7).

Existem actualmente em Portugal, segundo os últimos dados da Carta Social (2011), 1997 Centros de Dia. Contudo e apesar do seu crescimento significativo, os estudos relativos a este tipo de resposta social são ainda bastante reduzidos.

A positividade da imagem dos Centros de Dia está patente na percepção que os idosos utilizadores deste tipo de equipamento têm do apoio recebido e percebido neste contexto, pelo que importa estudar este assunto. Nesta perspectiva, a presente investigação pretende analisar a percepção que os utentes possuem acerca do apoio formal de que beneficiam em contexto de Centro de Dia.

Neste seguimento foram definidos para o trabalho os seguintes objectivos gerais: caracterizar a amostra numa perspectiva sociodemográfica; analisar as dinâmicas e lógicas inerentes ao funcionamento do Centro de Dia; distinguir os elementos valorizados pelos utentes no âmbito



do cuidado prestado em Centro de Dia; analisar a satisfação dos utentes no que concerne aos cuidados usufruídos no centro; e avaliar o nível de bem-estar psicológico dos idosos que beneficiam de cuidados a nível do Centro de Dia.

Conhecer a percepção que os idosos têm sobre o apoio formal em contexto de Centro de Dia, reconhecendo a estrutura organizacional e dinâmicas internas deste tipo de resposta, identificando os aspectos mais e menos valorizados pelos utentes no âmbito dos cuidados recebidos, analisando o seu grau de satisfação em relação aos mesmos e avaliando o seu nível de bem-estar psicológico, contribuirá não só para o conhecimento científico deste fenómeno, como também para a sua utilização prática num esforço de resolução de possíveis problemas de funcionamento dos Centros de Dia e num processo de melhoria do apoio prestado, tendo sempre por base as necessidades dos idosos, o respeito pela sua opinião, os seus gostos e interesses pessoais.

De acordo com os objectivos definidos e as características do estudo, esta investigação insere-se no âmbito das investigações quantitativas, recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos.

O presente trabalho divide-se em duas grandes partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico da problemática em estudo, onde são apresentados os seus fundamentos teóricos. Num segundo momento apresenta-se o estudo empírico realizado, onde é apresentado todo o enquadramento metodológico da pesquisa, a apresentação e discussão dos resultados e por último as principais conclusões.



Parte I - Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

1.1. Envelhecimento Demográfico – Contexto Português

O envelhecimento demográfico é um fenómeno inevitável e de extrema relevância no século XXI, nas sociedades desenvolvidas, constituindo-se como uma grande preocupação da humanidade. Como afirma Alfred Sauvy “o século XXI será o século do envelhecimento demográfico” e o dilema das nossas sociedades constitui-se em “crescer e envelhecer” (Nazareth, 2009).

Este envelhecimento da população é uma realidade actual de muitos países, ao qual Portugal não é excepção. Consequência do desenvolvimento das sociedades e dos seus avanços tecnológicos, assenta essencialmente no aumento da esperança média de vida dos indivíduos com consequente aumento dos efectivos nas idades avançadas, no declínio da fecundidade e da natalidade, o que diminui o número de jovens, e nos fenómenos migratórios, pela saída do número de jovens do país (Ribeiro, 2001).

Por sua vez e tendo em linha de conta que em Portugal se consideram pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos¹, idade que está associada à idade da reforma, o envelhecimento demográfico, definido como o aumento da proporção de pessoas idosas no total da população, consegue-se em detrimento da população em idade activa.

De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011 divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE)², a população residente em Portugal cresceu cerca de 2% face à última

¹ Organismos como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Conselho e a Comissão Europeia, o Eurostat e a OCDE definem pessoas idosas como a população com mais de sessenta e cinco anos.

² INE I.P. (2012). Destaque “Resultados Definitivos Censos 2011”. Retirado em 08 de Março de 2013, de <http://www.ine.pt>

década, fixando-se actualmente nos 10 562 178 habitantes, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres.

Os indicadores demográficos revelam que a percentagem de jovens recuou para 15% e a de idosos cresceu para 19%, acentuando-se os desequilíbrios já evidenciados na década passada, diminuindo a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa, conforme é possível verificar na Figura 1.

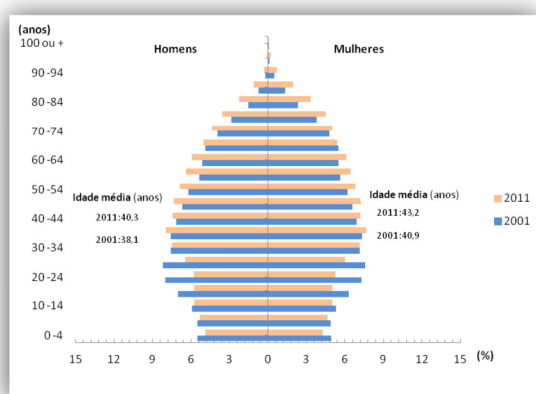


Figura 1 - Estrutura etária da população residente, por sexo em 2001 e 2011

Fonte: INE I.P. (2012)

De acordo com a análise da Figura 2, verifica-se um agravamento do fenómeno de duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011 os resultados indicam que Portugal perdeu população em todos os grupos etários entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos cresceu 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26%.

Portugal	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
Estrutura Etária				
0-14 anos	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24 anos	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64 anos	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou mais anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

Figura 2 - Estrutura etária da população em 2001 e 2011

Fonte: INE I.P. (2012)

A população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é actualmente de 2 010 064 indivíduos, representando 19% da população total. Os índices demográficos apurados apontam para o envelhecimento acelerado da população, fixando-se o índice de envelhecimento da população, em 2011, em 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos³, sendo que em 2001 este índice era de 102.

As Regiões Autónomas apresentaram os índices de envelhecimento mais baixos do país, respectivamente 73 para os Açores e 91 para a Madeira, constituindo-se as únicas regiões do país com mais jovens do que idosos. Por sua vez, as Regiões do Centro e Alentejo, apresentam-se como as regiões mais envelhecidas, com índices de 163 e 178 respectivamente, de acordo com os dados da Figura 3.

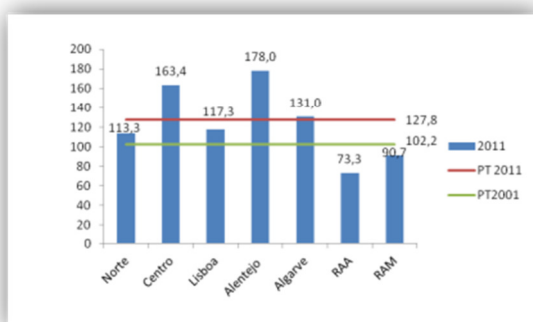


Figura 3 - Índice de envelhecimento, por NUTS II (2001 e 2011)

Fonte: INE I.P. (2012)

³ INE I.P. (2012). Destaque “Resultados Definitivos Censos 2011”. Retirado em 08 de Março de 2012, de <http://www.ine.pt>

Na última década, de acordo com os dados da Figura 4, o número de idosos cresceu cerca de 19%. Cerca de um terço dos idosos encontra-se na Região Norte, seguida pelas regiões Centro e Lisboa. Assim, na região Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-se as regiões Centro e Lisboa, ambas com pesos próximos de 26%. Nas regiões do Alentejo, Algarve, Autónomas da Madeira e dos Açores encontram-se, respectivamente 9,1%, 4,4%, 2% e 1,6% dos idosos residentes no país⁴.

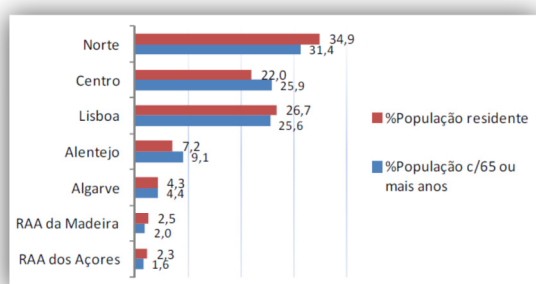


Figura 4 - Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTS II (2011)

Fonte: INE I.P. (2011)

Do total de pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes em Portugal, cerca de 400 mil (400 964) vivem sós e 804 mil (804 577) em companhia exclusiva de pessoas também idosas. Verifica-se, na última década, um aumento de 29% no número de pessoas idosas vivendo sós e um crescimento idêntico, de cerca de 28%, no número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos⁵, conforme é possível observar nas Figuras 5 e 6.

⁴ INE I.P. (2011). Destaque “Resultados Pré-definitivos_ Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos”. Retirado em 25 de Maio, 2012, de <http://www.ine.pt>

⁵ INE I.P. (2011). Destaque “Resultados Pré-definitivos_ Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos”. Retirado em 25 de Maio, 2012, de <http://www.ine.pt>

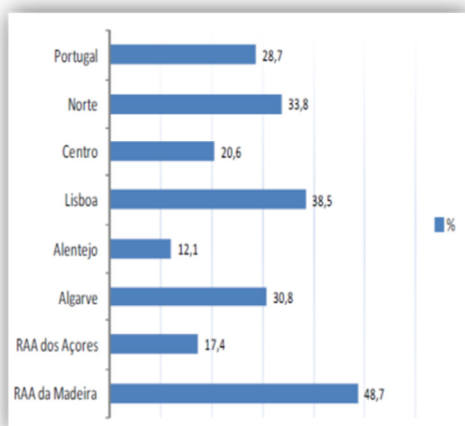


Figura 5 - Variação da população com 65 ou mais anos que vive sozinha, por NUT II (2001-2011)

Fonte: INE I.P. (2011)

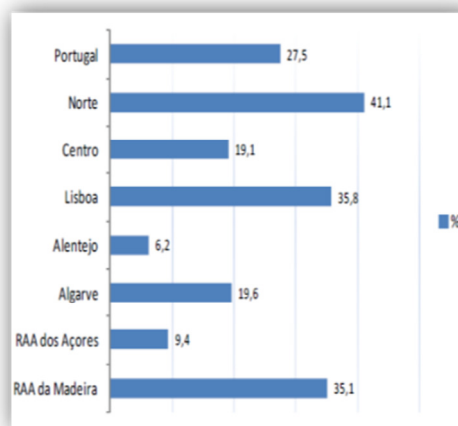


Figura 6 - Variação da população com 65 ou mais anos que vive exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II (2001-2011)

De acordo com a Figura 7, é nas regiões de Lisboa (22%), Alentejo (22%) e Algarve (21%) que se verificam as mais elevadas percentagens de idosos vivendo sós. As mais baixas percentagens encontram-se nas regiões Norte e Autónoma dos Açores, com 17% cada⁶

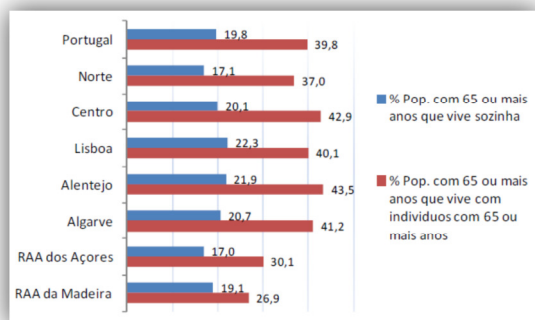


Figura 7 - Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011

Fonte: INE I.P. (2011)

⁶ INE I.P. (2011). Destaque “Resultados Pré-definitivos_ Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos”. Retirado em 25 de Maio, 2012, de <http://www.ine.pt>



Em 2012, Portugal é dos países mais velhos da Europa e do Mundo. Este aumento significativo do número de idosos no nosso país constitui o grande desafio demográfico da actualidade, o que obriga a uma tomada de consciência da problemática e das suas profundas alterações em vários aspectos da estrutura organizacional do país, exigindo a construção de um novo modo de envelhecer, com qualidade de vida.

1.2. Velhice versus Envelhecimento

É comum confundir-se velhice com envelhecimento, tornando-se difícil delimitar o período a partir do qual se considera o ser humano como idoso. No entanto estes são termos diferentes, pelo que importa fazer a sua distinção. Enquanto o envelhecimento é um processo de vida que começa a partir do momento em que nascemos, algo comum a todas as idades e que surge associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que são específicas de cada indivíduo, a velhice corresponde a uma idade precisa, habitualmente à idade cronológica que surge como um marco e uma forma de identificar os idosos, por convenção à idade da reforma ou aos 65 anos de idade, constituindo-se a última etapa da vida (Reis, 1995).

Diferentes autores, em diferentes épocas definiram a velhice de forma diferente. Numa primeira análise o conceito de velhice remete para o conceito de idade, considerando idosas as pessoas que têm 65 ou mais anos, constituindo-se a velhice num grupo etário homogéneo. Contudo, e de acordo com Paúl (2005), o critério da idade cronológica não é um indicador rigoroso para assinalar o início da velhice, pelo que se deve considerar a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice, devendo o conceito de idade ser analisado nos seus diversos sentidos.

Assim, de acordo com Levet Gaurat (citado em Pimentel, 2001 citado em Vaz, Silva e Sousa, 2003), deve-se ter em conta a *idade cronológica*, que corresponde à idade oficial decorrente do tempo entre o nascimento e o momento presente; a *idade jurídica*, relacionada com o estabelecimento de normas que definem a idade em que o sujeito adquire determinados direitos e deveres sociais; a *idade física e biológica*, que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, influenciando o ritmo a que cada indivíduo envelhece; a *idade psico-afectiva*, relacionada com a personalidade e emoções dos



sujeitos; e a *idade social*, que se refere aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social e que corresponde à sua condição sócio-económica.

Berger (1995) considera a velhice como a última fase do ciclo da vida, em que o organismo sofre transformações sucessivas, enquanto o envelhecimento é definido como um processo contínuo, ao longo do ciclo vital, que conduz ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa.

Nas sociedades modernas é questionável a velhice definida como categoria de idosos com mais de 65 anos, uma vez que, o aumento da esperança média de vida exige a definição de uma nova etapa de vida a partir dos 80 anos de idade, a denominada 4ª idade.

Oliveira (1999) divide o grupo etário dos idosos em idosos jovens, dos 65 anos até aos 75 ou 80 anos de idade, idosos velhos, a partir dos 75 ou 80 anos até aos 90 anos e idosos muito velhos na faixa etária acima dos 90 anos de idade.

Importa referir que nesta nova categoria de idosos, 4ª idade, é quando estes são confrontados com os aspectos mais desagradáveis da velhice, nomeadamente a ocorrência de doenças e de perdas nas funcionalidades físicas, psicológicas e sociais, o que reflecte perdas ao nível da sua autonomia e independência. Este aumento da longevidade humana associado ao surgimento da definição de 4ª idade exige a definição de novos modos de envelhecer de forma activa e com qualidade de vida.

De acordo com Fernandes (2002, p.21), “o envelhecimento humano representa a última fase de um processo dinâmico de desenvolvimento que tem início na concepção e prossegue ao longo da vida do indivíduo, ou seja, nascer é começar a envelhecer, mais notória nas últimas fases de vida resultante da destruição dos tecidos ou sistemas orgânicos que leva a uma evolução biológica e psicológica responsável pela quebra de poder de sobrevivência e adaptação ao indivíduo. O envelhecimento não é uma doença, mas uma acumulação gradual de perdas funcionais irreversíveis que o idoso vai sofrendo ao longo da vida”.

O envelhecimento “constitui-se como um estágio “natural” que se manifesta na fase final da vida do ser humano. Sendo um processo que se desenvolve gradualmente e de forma contínua, ele não se revela, no entanto, igualmente em todas as pessoas. Enquanto que



algumas envelhecem quase sem perda de capacidades, outros sofrem de incapacidades, deficiências e doenças. O envelhecimento não é apenas um fenómeno biológico, mas também se relaciona com o percurso pessoal e social de vida. A profissão desempenhada, o nível de instrução e as condições económicas, estão entre os factores que influenciam socialmente o envelhecimento” (Ribeiro, 2001, p.172).

As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a ritmos diferentes de pessoa para pessoa, podendo iniciar-se prematuramente e conduzir rapidamente à senilidade precoce, ou então produzir-se de uma forma lenta e levar a uma vida saudável por muito mais tempo. Estas diferenças estão ligadas a factores externos como por exemplo: raça, estilo de vida, informação genética, estado de saúde, entre outros.

Assim, o fenómeno natural do envelhecimento humano é um processo complexo vivenciado de maneira diferente por cada indivíduo e resultante da interacção entre factores físicos/biológicos, psicológicos e sociais. Assim, a ciência multidisciplinar do envelhecimento caracteriza-se por um processo biopsicossocial de transformações, ocorridas ao longo da existência.

Neste sentido e de acordo com Pimentel (2001), pode-se distinguir três categorias de envelhecimento: envelhecimento biológico, que diz respeito aos tecidos que vão perdendo alguma flexibilidade e aos órgãos e sistemas que reduzem a qualidade e velocidade das suas funções, verificando-se uma diminuição progressiva de eficiência de funções orgânicas; envelhecimento psíquico, por um lado a memória imediata vai diminuindo, mas por outro, a memória remota é exemplar, sendo os idosos frequentemente associados ao que vulgarmente se chama a memória de um povo; e o envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário, verificando-se a criação de novo papel social que poderá ser positivo ou negativo de acordo com os valores sociais e culturais do grupo ao qual o idoso pertence.

O desafio que se coloca à sociedade actual é o de contribuir cada vez mais para uma melhor qualidade de vida, permitindo em idade avançada que os anos sejam vividos com significado e dignidade. Este objectivo só é alcançável promovendo um envelhecimento saudável e produtivo, um envelhecimento bem-sucedido, em que os idosos não são unicamente vistos



como seres dependentes, frágeis e não produtivos. Assim, o envelhecimento deve ser baseado numa perspectiva positiva, que valoriza o papel dos mais velhos, bem como o seu contributo, objectivando sempre, a sua autonomia como agente activo no seu envelhecimento.

1.3. Envelhecimento Bem-Sucedido e Qualidade de Vida

Ao longo dos anos o conceito de envelhecimento bem-sucedido foi alvo de várias abordagens por diversos autores, sendo o seu constructo um processo complexo. Este conceito de “envelhecimento positivo”, “envelhecimento com sucesso” ou “envelhecimento bem-sucedido”, surgiu na década de 1960 e era definido como “um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice (...) procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do meio” (Fonseca, 2005, p.281).

As diversas teorias do envelhecimento bem-sucedido, no seu conjunto, “vêem os indivíduos idosos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são uteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Tais objectivos estão dirigidos, habitualmente, para áreas como a saúde, a autonomia pessoal, a estabilidade emocional, a auto-estima, o casamento, a vida familiar e as relações de amizade, assinalando Schulz e Heckhausen (1996) que parece existir consenso na caracterização de um envelhecimento bem-sucedido em torno dos seguintes critérios: adequado desempenho físico e cognitivo, ausência de patologias ou incapacidades, manutenção do controlo primário e envolvimento na vida (...). será plausível ainda afirmar que, de um modo geral, envelhecer com sucesso corresponde à adopção de estratégias de *coping* adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento” (Fonseca, 2005, p.288).

Não existe, assim, uma única forma de envelhecer com sucesso, pois “quando se coloca a questão da velhice bem ou mal-sucedida estamos a definir padrões de adaptação dos idosos às suas actuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando com isso quer critérios externos, sociais, relativos ao que se espera do idoso em cada cultura, quer critérios internos, numa perspectiva individual, o sentir e a vontade subjectiva. Estes critérios



podem não coincidir e acontecer que uma pessoa seja considerada inadaptada quando se sente satisfeita, e inversamente, tornando difícil definir critérios para uma velhice bem-sucedida” (Paúl, 1996 citado em Fonseca, 2005, p.289).

Nesta perspectiva o factor individual surge como determinante na definição do conceito, sendo imperativo afirmar que este deve ser entendido “numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas” (Fonseca, 2005, p.289).

Fernández Ballesteros (2002) afirma que o envelhecimento bem-sucedido “requer tanto do esforço de uma sociedade solidária (através dos sistemas de protecção sanitária e social) como do próprio indivíduo que é agente do seu desenvolvimento pessoal e, em boa medida, da sua saúde, da sua participação e da sua segurança” (citado em Fonseca, 2005, p.289, 290). Assim, para que o envelhecimento aconteça baseado em qualidade de vida, seja tido como uma experiência positiva, devem ser criadas oportunidades de promoção da saúde, segurança e participação.

Na opinião de Fonseca (2005), esta componente activa do processo de envelhecimento humano, demonstra como esta fase da vida tem vindo a perder o cariz fatalista e resignado, típico de uma período que surge normalmente associado a perdas sucessivas e irreparáveis nos vários domínios da existência.

Numerosos critérios foram definidos para avaliar o processo de envelhecimento bem-sucedido, tais como a satisfação de vida, a longevidade, a saúde física e mental, a competência, o estilo de vida, o contexto de residência, os mecanismos de *coping*, o bem-estar psicológico, o controlo pessoal, a autonomia, as redes sociais de apoio, a história de vida, a actividade cognitiva, etc. (Steverink, Lindenberg e Ormel, 1998 citado em Fonseca 2005).

Seguindo esta análise pode-se afirmar que existe uma associação clara entre o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida constitui um dos principais indicadores na avaliação da condição de vida dos idosos (Fonseca, 2005).



De acordo com Castellón (2003) “existem várias formas de conceptualizar a qualidade de vida na velhice: a) como qualidade em termos das condições de vida (seria a componente objectiva), b) como satisfação pessoal com as condições de vida (seria a componente subjectiva), c) combinando as condições de vida e a satisfação, d) combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais” (citado em Fonseca, 2005, p.303).

Ainda segundo o mesmo autor, os indicadores mais usados para a avaliação da qualidade de vida associada ao envelhecimento são: “bem-estar subjectivo (físico, material, social, emocional), autonomia, actividade, indícios materiais e recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, lugar na comunidade, relações pessoais” (*ibidem*).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é entendida como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e relação com características proeminentes no ambiente À medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e a independência” (OMS, 1994 citado em OMS, 2002:15).

O conceito de qualidade de vida está intimamente ligado ao conceito de saúde, existindo autores que afirmam que a saúde é uma das suas principais componentes, não podendo, no entanto, depender exclusivamente desta, devendo entender-se o Homem como um ser bio-psico-social. Assim, a qualidade de vida depende de outros domínios ou componentes que nela interferem, como o trabalho, a família, a situação económica, entre outros (Ribeiro, 1994 citado em Coimbra e Brito, 1999).

Pode-se afirmar que “a qualidade de vida é uma percepção global da vida pessoal, para a qual contribuem inúmeros domínios e componentes. (...). Pela sua subjectividade, complexidade e pluralidade de domínios ou componentes que nela interferem, torna-se como é óbvio, extremamente difícil avaliar a qualidade de vida” (Coimbra e Brito, 1999, p.31).



Deste modo, o conceito de qualidade de vida pode adquirir diferentes significados, ou seja, de acordo com a personalidade de cada pessoa, de acordo com os diferentes contextos espaço-temporais, culturais, bem como dependente da classe social em que o indivíduo se insere. Contudo, apesar do seu significado ser alterável de pessoa para pessoa, o sentimento de qualidade de vida pode ser potenciado, permitindo aos idosos, apesar das mudanças associadas ao seu processo individual de envelhecimento, continuar a ter objectivos de vida, a gostar de si, a ter prazer em fazer determinadas coisas, o que fará com que sua vida decorra com maior qualidade.

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve-se ter como base o modelo de Envelhecimento Activo da Organização Mundial de Saúde, que refere que este é o “processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002:14).

A saúde deve ser entendida como um “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas ausência de doença ou de incapacidade” (OMS, 1948 citado em Ribeiro, 1998:85). Esta definição de saúde é muito importante, no sentido em que corresponde à preocupação “de situar a saúde numa perspectiva positiva em que ter saúde deixa de ser apenas o oposto de estar doente” (Silva, 2002:22). “A definição da OMS refere explicitamente a dimensão social da saúde/doença, isto é, ela impõe que a nossa concepção de saúde deixe de a encarar como um estado apenas individual, centrado no funcionamento do corpo e da mente, para passar a compreendê-la como um estado da existência que engloba as condições de vida da sociedade” (ibidem).

Nesta perspectiva o conceito de saúde da OMS articulado com o de envelhecimento activo, permite que uma pessoa, mesmo portadora de uma doença, possa sentir-se saudável, desde que seja capaz de perceber o seu potencial para o desempenho de funções e actividades, promovendo a sua participação contínua na sociedade de acordo com as suas necessidades, expectativas e desejos, mantendo-se activa no seu meio, desempenhando alguma função social, efectivando projectos, conseguindo assim, uma boa qualidade de vida com segurança e cuidados sempre que necessários.

Assim, o conceito de envelhecimento activo não se limita apenas à capacidade física de se manter activo, o conceito engloba também a participação contínua nas questões sociais, civis



e espirituais. O envelhecimento de uma forma activa tem como objectivo aumentar a expectativa de uma vida saudável, assim como, a qualidade de vida para os indivíduos que envelhecem, tendo em conta as pessoas que apresentam um maior grau de fragilidade, incapacidade física, que necessitam de cuidados sejam eles formais ou informais.

Segundo a OMS, o objectivo chave do processo de envelhecimento implica a manutenção da *autonomia* e da *independência* nas AVDs_Actividades da Vida Diária (por exemplo: tomar banho, comer, andar pela casa, usar a casa de banho, etc.) e nas AIVD_Actividades Instrumentais da Vida Diária (por exemplo: fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparar refeições, etc.), *qualidade de vida* e *expectativa de vida saudável*, tendo sempre por base a importância das redes de apoio informal (família, amigos e vizinhos) e os princípios da interdependência e da solidariedade entre gerações (OMS, 2002).

A autonomia é aqui definida como a “habilidade de controlar, tomar e arcar com decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (OMS, 2002:15).

Na mesma perspectiva, a independência corresponde à “habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (*ibidem*).

A Expectativa de vida saudável é geralmente entendida como “sinónimo de “expectativa de vida sem incapacidades físicas”. Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento” (*ibidem*).

O processo de envelhecimento deve ser encarado numa perspectiva global, valorizando os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como uma experiência positiva que deve ser vivida com qualidade, garantido que este processo seja bem-sucedido.

Contudo, o aumento da longevidade nem sempre é acompanhado por um aumento da qualidade de vida, tendendo esta a degradar-se ao nível socio-económico e psicológico (Paúl, 1992 citado em Coimbra e Brito, 1999), devendo por isso ser potenciados nos idosos os principais factores responsáveis pelo aumento da sua qualidade de vida, tais como:



- A *autonomia* e a *independência* na execução das actividades do dia-a-dia, através por exemplo, da prestação de auxílio aos idosos na sua higiene, promovendo a sua autonomia e reforçando os seus esforços;
- O *bem-estar físico* em termos de saúde, higiene e segurança, promovendo hábitos saudáveis nos idosos (desporto, alimentação) e transmitindo-lhes uma sensação de empatia, familiaridade e segurança;
- A manutenção de *relações interpessoais* regulares e de qualidade com a família e com o meio exterior, tentando que a família tenha uma participação activa na vida dos idosos, promovendo as suas relações sociais com os amigos ou companheiros e estimulando a sua participação na comunidade;
- O *desenvolvimento pessoal*, mantendo nos idosos um envolvimento activo com a vida, cultivando projectos e definindo objectivos e metas que pretenda alcançar, promovendo o seu desenvolvimento intelectual e permitindo que o idoso pratique a auto-expressão de opiniões e sentimentos.

O desafio que se coloca à sociedade actual é o de contribuir cada vez mais para uma melhor qualidade de vida, permitindo em idade avançada que os anos sejam vividos com significado e dignidade. Este objectivo só é alcançável promovendo um envelhecimento saudável e produtivo, em que os idosos não são unicamente vistos como seres dependentes, frágeis e não produtivos. Assim, o envelhecimento deve ser baseado numa perspectiva positiva, que valoriza o papel dos mais velhos, bem como o seu contributo, objectivando sempre, a sua autonomia como agente activo no seu envelhecimento.

2. Bem-Estar Psicológico das Pessoas Idosas

A apresentação de elevados níveis de bem-estar psicológico foi, desde sempre, considerada como um aspecto central do envelhecimento bem-sucedido (Baltes e Baltes, 1990 citado em Fonseca, 2005). “Contrariamente às expectativas mais comuns, o acto de envelhecer, por si só, não traz consigo menor bem-estar psicológico, havendo inúmeros estudos que evidenciam



que as pessoas idosas não apresentam níveis de bem-estar inferiores aos das pessoas adultas mais novas, apesar de o risco de declínio e de perda ser muito mais elevado” (Fonseca, 2004 citado em Fonseca, 2005, p.297).

Pinquart e Sorensen (2000, citado em Fonseca, 2005) afirmam que a competência (capacidade de adaptação do indivíduo às alterações provocadas pelo envelhecimento), o estatuto socioeconómico (diminuição de dinheiro devido à situação de reforma) e a integração social (diminuição de contactos sociais, associados muita vez à viuvez) são três factores importantes associados ao bem-estar psicológico na velhice, que podem ser usados como seus medidores, uma vez que neste período da vida dos indivíduos existe um risco acrescido de perdas a estes níveis. Importa referir que para esta população a qualidade das relações sociais é mais importante para o seu bem-estar psicológico do que a sua quantidade, tendendo a ser um aspecto determinante para a sua satisfação de vida.

Na actualidade, segundo Ryan e Deci⁷ (2001 citado em Siqueira e Padovam, 2008), as concepções sobre o bem-estar no campo psicológico podem ser organizadas em duas perspectivas, nomeadamente: uma que aborda o estado subjectivo da felicidade, visão hedónica, na medida em que dá ênfase aos aspectos afectivos da vida (bem-estar hedónico), denominada bem-estar subjectivo (BES); e outra que investiga o potencial humano (bem-estar eudemónico), denominada bem-estar psicológico (BEP), que se apoia na noção de que o bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa em termos de competências do self, ou seja, na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso.

O conceito de bem-estar subjectivo (BES) sustenta-se, assim, em avaliações da satisfação com a vida e num balanço entre afectos positivos e negativos que revelam felicidade, sendo necessário considerar que cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando concepções subjectivas e apoiando-se nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias. Por outro lado, as teorias do bem-estar psicológico (BEP) são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida (Siqueira e Padovam, 2008).

⁷ Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.



Nesta perspectiva, o bem-estar subjectivo (BES) e o bem-estar psicológico (BEP) constituem importantes indicadores de qualidade de vida.

Os estudos de Ryff (1989)⁸ e, mais tarde, de Ryff e Keyes (1995)⁹ constituem marcos importantes na conceptualização das proposições do BEP e do seu entendimento.

Tendo como referenciais diversas concepções teóricas, especialmente, as que continham visões distintas do funcionamento psicológico positivo, Ryff (1989) elaborou uma proposta integradora ao formular um modelo teórico de seis componentes do BEP, fundamentado no conceito aristotélico de eudemónica, que significa busca de excelência pessoal, e não busca de prazer, como motivação central da existência. Modelo este reorganizado e reformulado posteriormente por Ryff e Keyes (1995), sendo as suas componentes: a auto-aceitação; o relacionamento positivo com outras pessoas; a autonomia; o domínio do ambiente; o propósito de vida e o crescimento pessoal (Siqueira e Padovam, 2008).

Assim, de acordo com os autores: a *auto-aceitação*, definida como uma das principais características do funcionamento psicológico positivo, trata-se de uma característica que revela um elevado nível de autoconhecimento e maturidade, permitindo ao sujeito a capacidade de aceitação de si próprio e dos outros, com uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos acontecimentos anteriores; o *relacionamento positivo com outras pessoas* é capacidade do sujeito de manter relações de satisfação, de confiança, identificação e de afectividade com outras pessoas, pressupondo a existência de fortes sentimentos de empatia e afeição pelos outros; a *autonomia* pressupõe a existência de um *self* determinado e independente, capaz de realizar auto-avaliações com base em critérios pessoais e capaz de seguir as próprias opiniões; propósito de vida (ter objectivos na vida e senso de direcção, administrando o passado e o presente, com metas significativas à vida); o *domínio do ambiente* refere-se à capacidade do indivíduo de administrar as actividades complexas da vida, nos domínios profissional, familiar e pessoal, de forma adequada às suas características psíquicas, capacidades de participação no seu meio e manipulação e controle de ambientes

⁸ Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

⁹ Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.



complexos; o *propósito de vida* refere-se à posse e manutenção de objectivos na vida e de senso de direcção perante ela, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado, administrando o passado e o presente com metas significativas à vida; o *crescimento pessoal* reflecte a necessidade do sujeito de constante crescimento e aprimoramento pessoal, pressupõe a capacidade de se manter continuamente o próprio processo de desenvolvimento, a abertura a novas experiências, apresentando uma tendência à auto-realização ao aperfeiçoamento e à realização das próprias potencialidades, vencendo os desafios que se apresentam em diferentes fases da vida. Nesta perspectiva o senso de BEP é determinado pela interacção entre as oportunidades e as condições de vida dos sujeitos, a maneira como organizam o conhecimento sobre si próprios e sobre os outros e as formas como respondem às demandas pessoais e sociais (Queroz e Neri, 2005).

Estas dimensões que constituem o BEP reflectem os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro (Ryff & Keyes, 1995; Keyes & Ryff, 1998).

De acordo com esta análise e na perspectiva de Fonseca (2005) o bem-estar psicológico deve ser encarado como um indicador de adaptação à condição de idoso.

O Bem-Estar Psicológico (BEP) é assim um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo, de natureza cognitiva e afectiva.

Um estudo realizado por Simões et al.(2000), sobre o bem-estar subjectivo dos idosos, revela que a maioria se mostra razoavelmente satisfeita com a vida, apresentando níveis positivos de bem-estar subjectivo, predominando a afectividade positiva sobre a negativa. A auto-estima representa o factor com maior influência sobre o BES dos idosos. Com uma importância significativa encontra-se também o factor saúde. O factor idade não revelou importância significativa. Relativamente à solidão experimentada pelos idosos verifica-se que existem alguns indícios de relação negativa entre o BES e este factor.



3. As Políticas Sociais e a Velhice

A representação da velhice entendida como um problema social, resultante da transferência da obrigação da assistência aos idosos da família para a sociedade, leva a que os problemas e encargos com a população idosa deixem de ser familiares para serem sociais, deslocando-se a sua gestão para a esfera do Estado, surgindo assim, as políticas sociais (Correia, 2003).

É possível distinguir duas tendências das políticas de cuidados aos idosos. Assim, de acordo com os autores Moss e Cameron (2001, citados em Carvalho, 2009, p.131), “a primeira tendência orienta-se para a dependência e para a obrigação da família em cuidar dos dependentes, especialmente exercitada nos países católicos do sul da Europa (...). A segunda tendência centra-se na independência, na autonomia e na interdependência entre o público e o privado, implícita na ideia de não obrigação da família pelos cuidados aos dependentes idosos, associada a que os cuidados alargados sejam neoliberais, universalistas ou mistos”.

Em Portugal, no final do século XIX e início do século XX, a problemática da velhice ainda era considerada um assunto familiar, mantendo-se encoberta (Fernandes, 1997).

De acordo com Correia (2003), o aumento da população idosa e as alterações profundas das relações familiares deram origem ao problema social do envelhecimento. “A solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constitui parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século” (Fernandes, 1997 citado em Correia, 2003, p.37).

Entre os factores de transformação social responsáveis pelas importantes transformações na estrutura familiar, encontram-se a generalização do trabalho feminino assalariado e o aumento do acesso das mulheres ao sistema escolar, o que afecta a divisão das tarefas dentro da família e o exercício das funções maternas. Estas alterações ocorreram em Portugal, um pouco mais tarde do que no resto da Europa, por início da década de setenta (Correia, 2003).

O surgimento das políticas sociais dirigidas para a terceira idade, reflecte, por um lado, uma consciência de intervenção social de apoio a esta faixa etária e, por outro lado, o facto da terceira idade ser entendida socialmente como um problema (Fernandes, 1997).



“As políticas sociais de velhice tentam, de um modo geral, intervir publicamente no sentido de contrariar as tendências de solidão, isolamento e as várias carências para que foram sendo remetidas as gerações mais velhas. Ou seja, trata-se de um conjunto de formas de intervenção pública, ou acções colectivas, cujo objectivo é a resolução de um problema social e que ao mesmo tempo, acabam por estruturar as relações entre velhice e a sociedade” (Velhice e Políticas Sociais (s/d).

O aparecimento das reformas constitui-se como o primeiro passo para a autonomia económica dos idosos e para o surgimento da velhice enquanto categoria social. A condição de reformado, sustentada por um sistema de reformas obrigatórias, concede ao idoso o direito ao repouso remunerado (*ibidem*).

A política de cuidados para pessoas idosas deve orientar-se “para a promoção da autonomia e independência pessoal, a partir da integração dos cuidados nas áreas social e de saúde (...), que são prestados quer em instituições, quer no domicílio, prevalecendo este último sobre o primeiro, devem ser formais e informais, efectuados por profissionais pagos ou não pagos, incluindo os cuidadores familiares, e ser da responsabilidade do Estado, da sociedade civil, do mercado e da família” (Carvalho, 2009, p.131).

3.1. Surgimento e Evolução das Políticas Sociais da Velhice em Portugal

Em Portugal, a política de cuidados para pessoas idosas tem tomado forma nos últimos anos. No modelo de protecção social do nosso país, “a maioria dos cuidados é prestada no âmbito familiar, sendo a política pública deficitária comparativamente a outros países europeus, apesar de, na actualidade, a política pública nesta área dos cuidados ter tido um aumento substancial, quer no número de serviços quer no número de pessoas abrangidas” (AAVV, 2002 citado em Carvalho, 2009, p.130).

“O sistema de Protecção Social português, ao contrário da maioria dos países da Europa Ocidental, nomeadamente aqueles que foram objecto da reconstrução económica após a II Guerra Mundial, estrutura-se e desenvolve-se tardiamente, num enquadramento sócio-económico nacional desfavorável, com o crescimento já em derrapagens nas economias



européias e mundial, para além do envelhecimento demográfico e do desemprego a pressionar os sistemas de Segurança Social” (Salselas, 2007, p.7).

Os efeitos do envelhecimento demográfico no nosso país só começam a surgir na década de 70 e como tal só por esta altura se começa a falar dos problemas da população idosa e da política de velhice.

O sistema de previdência existente até então, que contemplava as Caixas de Reforma ou de Previdência, as Caixas de Previdência das Casas do Povo e as Casas dos Pescadores, apenas abrangia as situações de doença, invalidez e velhice dos trabalhadores subordinados, sendo o apoio dado ao nível pecuniário tão reduzido que muitos dos idosos dos nossos dias não consideraram necessário fazer a contribuição social para usufruir no futuro de regalias tão mínimas.

Neste mesmo período já existiam instituições sociais de carácter religioso e com filosofias filantrópicas, destinadas a apoiar as pessoas idosas em situação de risco social. Foi um período marcado pela assistência social caritativa.

Este sistema de previdência começa a ser substituído pelo sistema de Segurança Social e até 1974 apenas foi sofrendo pequenas alterações, seguindo uma tendência para o alargamento da previdência a todos os trabalhadores.

Só a partir da revolução de 25 de Abril de 1974 e com as movimentações políticas daí advindas foi possível assistir à construção gradual do sistema de Segurança Social baseado no modelo de Estado Protector. Assim, neste ano foi criada a pensão social destinada a todos os indivíduos com mais de 65 anos ou inválidos que não beneficiassem de qualquer tipo de protecção. Os trabalhadores rurais passam a ser abrangidos pelas Casas do Povo (Velhice e Políticas Sociais (s/d).

Em 1976, com a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 63º, declara-se que o “Estado promoverá uma política da Terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem



formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade ” (Velhice e Políticas Sociais (s/d), p.13), surgindo um discurso inovador sobre a velhice que origina a construção de uma nova política de velhice.

Inicia-se um novo modo de gerir a velhice e no período de 1976 a 1985 assistiu-se á introdução em Portugal da política de manutenção do idoso no domicílio, concretizada através da criação de centros de dia, serviços de apoio domiciliário, centros de convívio e da transformação dos asilos em lares. Estes equipamentos proporcionaram aos idosos um novo modo de vida autónomo, permitindo a sua integração social e participação activa na comunidade, retardando o envelhecimento e o respectivo internamento. (Veloso, 2008).

Os Centros de Dia e os Centros de Convívio são “o referencial para a criação de uma nova imagem da velhice, uma vez que são estes equipamentos que trazem visibilidade pública ao novo grupo etário emergente. Constituindo espaços de convivialidade e participação, estes novos equipamentos corporizam a concepção activista e participante subjacente à definição da “terceira idade”” (Salselas, 2007, p.24).

Esta política de manutenção do idoso no domicílio e no seu respectivo meio social, apesar de preconizada pelo Estado, caracterizou-se pelo não envolvimento deste, principalmente a nível financeiro, sendo necessário envolver outros parceiros, nomeadamente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS’s). O Estado adoptou um papel regulamentador da vida social e financeira e as IPSS’s tornam-se o suporte de quase toda a acção pública no âmbito dos equipamentos sociais (Salselas, 2007).

Entre 1985 e 1995 desenvolve-se uma política de terceira idade num contexto de crise do Estado-providência.

Em matéria de política para a terceira idade, o programa do X Governo Constitucional (de 6 de Novembro de 1985 a 17 de Agosto de 1987) indica um retrocesso em relação ao programa do anterior Governo, pois não menciona directamente a existência de uma política para esta categoria social. As respostas sociais predominantes mantêm-se os centros de dia e o apoio domiciliário, continuando a ser valorizadas e apoiadas as iniciativas das IPSS’s, seguindo a linha dos Governos anteriores (ibidem).



O programa do XI Governo Constitucional preconiza uma política específica para a terceira idade, prosseguindo os princípios da autonomia e manutenção do idoso no domicílio, afirmando que “será definida e executada uma política nacional para idosos que vise a garantia de um nível de vida condigno, a prestação dos cuidados de saúde possíveis para prolongar a vida e diminuir o sofrimento físico, a manutenção nos limites realizáveis, da autonomia e privacidade pessoais e familiares, dos deveres de gratidão e solidariedade para com os mais idosos” (Programa do XI Governo Constitucional, 1987, p.152 citado em Veloso, 2008, p.5).

Este período entre 1985 e 1995 foi marcado pela adesão de Portugal à Comunidade Europeia (CEE) em 1 de Janeiro de 1986, o que influenciou a política social do nosso país. Entre 1991 e 1993 surgiu o primeiro Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas; em 1993 assinalou-se o Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações e em 1994 foi criado o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), que visando prevenir o isolamento e a exclusão desta população desenvolveu projectos, como os passes para a terceira idade, o serviço de telealarme; serviço de apoios domiciliário, centro de apoio a dependentes, formação de recursos humanos, saúde e termalismo (Ribeiro, 1995 citado em Veloso, 2008).

No decurso deste período não foi concretizada uma política para a terceira idade integrada e global dirigida a uma população mais diversificada em termos de idades e problemáticas, verificando-se uma política de manutenção do idoso no seu domicílio dirigida para uma população mais velha e dependente (Veloso, 2008).

“Os serviços para a terceira idade passam a ser preferencialmente destinados a idosos com carências de ordem económica e social e a ter uma função paliativa e compensatória da insuficiência dos sistemas de reformas e pensão social” (Salselas, 2007, p.29).

Esta actuação das políticas sociais, destinada aos segmentos mais desfavorecidos da população, “deixa, de longe, os critérios de uniformização, universalização e unificação em que se pautam, ou devem pautar-se, as propostas do “Welfare State”. Em contraposição à universalização, sim, mecanismos selectivos como forma de ingresso nas demandas sociais” (Sposati, et al., Ib:23 citado em Salselas, 2007, p.29).



De 1995 a 2002 verifica-se a continuidade da política de manutenção do idoso no domicílio e apesar da entrada do XIII Governo Constitucional o PAII continua a ser desenvolvido, mantendo-se inalterável, verificando-se na década de 90 o desenvolvimento da ideia dos reformados como consumidores através do programa Turismo para a Terceira Idade/Turismo Sénior e do programa Saúde e Termalismo. Estes programas destinam-se essencialmente a quem possui capital económico e cultural mais elevado, não sendo acessíveis a todos os idosos (Veloso, 2008).

Ao longo deste período foram desenvolvidas outras medidas destinadas aos idosos, nomeadamente o Programa Idosos em Lar (PILAR), que visava o aumento do número de vagas nos lares e a criação do alojamento temporário. Foi também implementado o Rendimento Mínimo Garantido (RMG), permitindo as condições mínimas de sobrevivência e a inserção social e profissional dos beneficiários. Em 1999 foi comemorado o Ano Internacional das Pessoas Idosas, preconizando um estilo de vida activo para esta população, retardando assim os efeitos do envelhecimento. Em 2000, foi aprovada a nova Lei de Bases da Segurança Social (ibidem).

Em Portugal, o período de 1976 a 2002, caracterizou-se por uma profunda mudança nas políticas da velhice. Importa salientar o desenvolvimento de uma política de manutenção do idoso no domicílio, dirigida essencialmente aos mais velhos e dependentes, verificando-se a ausência de uma política global e integral para a terceira idade. Esta nova política da velhice conduziu ao surgimento de novos equipamentos sociais para a população idosa e ao aumento do número de vagas nas instituições existentes, destacando-se o caso dos Centros de Dia, dos Centros de Convívio e dos Serviços de Apoio Domiciliário.

Actualmente o Estado fomenta a sua actuação em matéria de política social para pessoas idosas na solidariedade entre gerações e na inserção social. “Face à conjuntura económica desfavorável e às restrições que arrastam consigo a necessidade de austeridade, o Estado reestrutura a sua intervenção produzindo diplomas interministeriais que corporizam programas e projectos inovadores que dão prioridade à manutenção dos idosos no domicílio, promovendo a sua inserção social e incentivando as famílias e a comunidade a assegurar o acompanhamento dos seus familiares idosos” (Salselas, 2007, p.33).



O fenómeno do envelhecimento demográfico, directamente relacionado com o crescente aumento do número de idosos face ao de jovens, sustentado pelo aumento da esperança média de vida e pelos baixos níveis de fecundidade, obriga a uma reflexão e a uma reforma das políticas sociais.

Em Portugal, enquanto membro da União Europeia (U.E.), as políticas sociais nacionais decorrem da convergência com as políticas europeias.

A União Europeia tem-se revelado preocupada com as questões da velhice, valorizando a construção de políticas sociais activas que contemplem uma articulação entre o Estado e a família.

Neste sentido, têm sido elaboradas “algumas directivas para que os países invistam e organizem a política de cuidados. As suas orientações neste domínio vão no sentido de: proporcionar um alto nível de protecção nesta área; construir serviços complementares; incluir as pessoas utilizadoras no processo de decisão relativamente aos cuidados que necessitam; melhorar a qualidade dos serviços de acordo com as necessidades das pessoas; investir na formação profissional e apoiar o cuidador familiar, por meio da criação de serviços que valorizem os serviços prestados no contexto familiar; promover a igualdade de género e a conciliação entre o trabalho doméstico e os cuidados às pessoas dependentes com o trabalho profissional” (Carvalho, 2009, pp.131, 132).

O Conselho da Europa, na sua recomendação 1035, reconhece como obrigações dos Estados Membros:

1. “Favorecer a integração das pessoas idosas na colectividade, manter a sua autonomia e a sua participação em actividades sociais e comunitárias, favorecendo particularmente a descentralização das decisões públicas;
2. Prever especialmente cuidados de saúde e de prevenção e reabilitação das pessoas idosas (...);
3. Ajudar as pessoas a cuidar dos membros idosas das suas famílias, através de serviços comunitários e de adequadas disposições relevando da fiscalidade e das prestações sociais;



4. Permitir, por intervenção dos serviços sociais, aos idosos que o desejam, continuar a, mais facilmente, levarem uma vida independente nas suas casas;
5. Dar, no domínio dos planos de urbanização e de beneficiação dos equipamentos, prioridade às necessidades especiais das pessoas idosas, convidando-as a participar nos projectos de melhoria de habitação e do ambiente,
6. Encorajar as actividades de voluntariado, das associações e das organizações de entreaajuda das pessoas idosas” (Correia, 2003, p.305).

Neste sentido, “os dois grandes eixos da política social no sector da assistência social aos idosos são a prevenção da degradação do envelhecimento e o atendimento, o mais correcto e precoce possível, das situações que exigem cuidados especializados, de carácter temporário ou permanente” (ibidem).

“A assistência ao idoso é orientada no sentido da prevenção, da recuperação e da preservação da independência, dando prioridade às acções que visem manter o idoso no seu domicílio” (ibidem).

“Respondendo às orientações internacionais, nomeadamente da OMS, para o atendimento da população idosa, têm sido procuradas outras repostas sociais: *centros de dia e de convívio*, *serviços de apoio domiciliário* e, ultimamente, o *acolhimento familiar*” (Correia, 2003, p.307).



4. O Apoio Social na Velhice

4.1. Conceitos, Funções e Efeitos do Apoio Social

No que respeita ao apoio social, pode afirmar-se que existe uma grande diversidade de pontos de vista.

Barrón (1996) e Vaz Serra (1999) representam marcos fundamentais no estudo do apoio social. Para Barrón (1996 citado em Martins, 2006, p.129), o apoio social é um “conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos”, representando um processo interpessoal. Por sua vez, Vaz Serra (1999 citado em Martins, 2006, p.129) define apoio social como a “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”.

Na opinião de diversos autores, “o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos” (Martins, 2006, p.129).

Segundo Thoits (1995 citado em Martins, 2006), as necessidades sociais dos indivíduos são a afiliação, o afecto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação, que podem satisfazer-se ao nível sócio-emocional, que engloba afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima, e ao nível instrumental através do conselho, informação, ajuda familiar, trabalho e ajuda económica.

Vaz Serra (1999 citado em Martins, 2006) numa perspectiva mais completa e abrangente e tendo por base os estudos de Cohen e Will (1985), Cutrona e Russel (1990), Powell e Enright (1990), diferencia seis tipos de funções do apoio social, nomeadamente: *Apoio Afectivo*, que faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites, contribuindo para a melhoria da sua auto-estima; *Apoio Emocional*, através da recepção de sentimentos de apoio e segurança; *Apoio Perceptivo*, que permite ao indivíduo reavaliar o seu problema e dar-lhe outro significado; *Apoio Informativo*, que constitui um conjunto de informações e conselhos



facilitadoras no processo de tomada de decisões; *Apoio Instrumental*, através da prestação concreta de bens e serviços; *Apoio de Convívio Social*, que proporciona ao indivíduo sentimentos de pertença e de participação na sociedade através do convívio com outras pessoas em actividades de lazer ou culturais.

Barrón (1996 citado em Martins, 2006) considera que o apoio social pode ter dois efeitos nos indivíduos: um *efeito directo* no seu bem-estar, o que significa que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico experimentado e quanto menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos; ou um *efeito amortecedor ou protector*, que actua como moderador de outras forças que também influenciam o bem-estar, não permitindo que estas produzam efeitos negativos nos indivíduos, afectando apenas os que possuem um apoio social baixo.

4.2. Redes Sociais de Apoio a Idosos - A Importância do Apoio Institucional

O ser Humano é um ser social, tendo desde o nascimento uma tendência natural para interagir com os outros. Neste sentido, a rede social pessoal diz respeito ao conjunto de todas as relações que o indivíduo estabelece com o seu meio social envolvente, nomeadamente com a família e comunidade, percebidas como significativas e que podem assumir o papel de fornecer apoio.

A rede social de apoio é assim definida como o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo (Brito & Koller, 1999 citado em Siqueira et al, 2006). Esta pode ser de carácter informal, quando os cuidados prestados são informais; ou formal, quando a natureza dos cuidados é formal.

Os cuidados formais “são organizados e prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas. Estas desenvolvem cuidados em lares, residências temporárias, assim como centros de dia e/ou de noite, centros de convívio e também serviços prestados no domicílio da



pessoa idosa (...). Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários” (Carvalho, 2009, p.124, 125).

As redes sociais de apoio “revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato” (Martins, 2006, p.133).

Nas últimas décadas o envelhecimento extravasou os limites da esfera familiar, deixando de caber só à mulher a função de prestar assistência, manter as condições de vida e proporcionar conforto e bem-estar aos seus familiares mais velhos. As novas estruturas familiares juntamente com as condições económicas, habitacionais e sociais conduziram muitos idosos ao isolamento pessoal, social e familiar, deixando-os muitas vezes fragilizados pela ausência de suporte familiar ou ainda pela deterioração do próprio processo de envelhecimento criando situações de dependência física, psíquica e ou social.

O envelhecimento da população encarado como um problema social é um fenómeno cada vez mais premente, constituindo-se um desafio à família, ao Estado e à sociedade em geral.

Estas mudanças na sociedade, que conduzem a mudanças nas necessidades das pessoas idosas, exigem o desenvolvimento de um apoio institucional diversificado, assente na transversalidade das respostas. Daí que o Estado Social tenha vindo a adequar essas respostas sociais às múltiplas questões suscitadas pelo envelhecimento, o que se concretiza através de novos conceitos e metodologias de intervenção, ora com novos modelos de equipamentos e serviços, ora com programas nacionais integrados e comunitários.

Na actualidade as políticas sociais de cuidados à velhice implicam uma responsabilidade partilhada entre os cuidados formais e informais. Não podendo desta forma ser questionada a continuidade dos incentivos à família para o desempenho da sua função de apoio aos seus familiares mais velhos e a importância do papel social do Estado e da sociedade civil na criação e organização de uma rede de serviços e equipamentos sociais e na exigência de uma maior qualificação dos serviços prestados.



Nesta perspectiva, o apoio institucional direccionado para a população idosa assume uma grande importância.

Na maioria dos casos, a institucionalização acontece quando a família entende que a pessoa idosa já não possui condições para viver sozinha, uma vez que passa a apresentar limitações para realizar as actividades da vida diária. A dependência do idoso e a necessidade de os familiares manterem o seu posto de trabalho conduz á opção pela institucionalização. Esta opção reveste-se de uma intenção que visa proporcionar melhores condições de vida, de cuidado e de conforto, mais qualificadas que aquelas que a família pode oferecer.

“A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis” (Pimentel, 2001 citado em Martins, 2006, p.137).

É importante salientar que as causas da institucionalização não são apenas limitações decorrentes de problemas de saúde, associadas à incapacidade da família como cuidadora. As causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação de diversas causas.

Para Paúl (2005), as causas da institucionalização podem ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos, viuvez e situações de despejo.

Diferentes estudos têm confirmado que “os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como principais factores apontados pelos idosos para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente apontada como motivos para a institucionalização” (Martins, 2006, pp.137,138).

Olhando de uma forma generalizada para as consequências da institucionalização, pode-se afirmar que na maioria dos casos estas não são positivas, pois existe sempre um corte entre a vida que o idoso tinha e a vida institucionalizada. O afastamento é uma situação inevitável, originando situações de angústia, medo e insegurança.



Analisar o ingresso do idoso numa instituição é “rapidamente perceber que no mínimo lhe é exigido o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que em, muitos casos, assume o controle de muitos aspectos da sua vida” (Paúl, 1997 citado em Martins, 2006, p.138).

Mas não existem só consequências negativas da institucionalização. É preciso ter em consideração as situações em que são os próprios idosos que optam pela institucionalização e eles próprios preparam a sua transição para o lar, encontrando neste espaço sentimentos de segurança e pertença.

“O apoio institucional protege as pessoas idosas contra eventuais necessidades económicas, fazendo-as sentirem-se mais seguras em relação à satisfação de algumas das suas necessidades básicas” (Carey-Bélanger, 2001 citado em Vaz et al 2003, p.206).

No caso de idosos dependentes, a institucionalização apresenta-se na maioria dos casos como a solução mais equilibrada. Como refere Vendeuvre (1999, citado em Bernardino, 2005, p.39), “muitas vezes os laços familiares se fortalecem e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afecto”.

“Apesar da generalizada imagem negativa com que são conotadas as residências de idosos, também nesta área existem estudos que mostram vantagens em que os idosos vivam rodeados por pares homogeneizados” (Martins, 2006, p.140).

4.3. Serviços e Equipamentos Sociais para a Velhice

Os equipamentos sociais para a velhice oferecem serviços e desenvolvem acções em benefício da população idosa, de forma a suprir as suas necessidades, procurando materializar o conteúdo do artigo 72º da Constituição da República Portuguesa, que refere:

“1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e suprimam o isolamento ou a marginalização social.



2. *A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.*

Nesta perspectiva, a rede nacional de serviços e equipamentos sociais dirigidos aos idosos engloba: *Lares de Idosos*, equipamentos colectivos de alojamento permanente; *Lares para Cidadãos Dependentes*, respostas residenciais para o idoso com elevado grau de dependência (acamados); *Centros de Dia*, prestação de um conjunto de serviços que permitem a manutenção do idoso no seu meio; *Centros de Convívio*, desenvolvimento de actividades sócio-recreativas e culturais; *Apoio Domiciliário*, prestação de serviços no domicílio dos utentes a fim de assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e a realização das actividades diárias; *Acolhimento Familiar*, famílias idóneas que acolhem temporariamente idosos; *Colónias de Férias e Turismo Sénior*, conjunto de actividades de lazer que proporcionam ao idoso um estado de equilíbrio físico, psíquico, emocional e social; *Termalismo*, permite aos idosos tratamentos naturais, reduzindo o consumo de medicamentos e proporcionando um espaço de férias (Martins, 2006).

De acordo com a Carta Social 2010 e conforme os dados da Figura 8, as principais valências dirigidas às Pessoas Idosas, nomeadamente o Centro de Dia, a Residência e Lar de Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário, “registam um aumento exponencial (65,5 % por referência ao início do período de análise), o que se reflecte em mais 2 600 respostas desde 1998. O Centro de Dia (47,1 %), a Residência e Lar de Idosos (56,6 %), e sobretudo o Serviço de Apoio Domiciliário - SAD (92,9 %) apresentam crescimentos significativos, como resultado do forte investimento público que tem sido realizado nesta área, tendo em vista o aumento da capacidade instalada, e, no caso do SAD, a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida” (p.18).

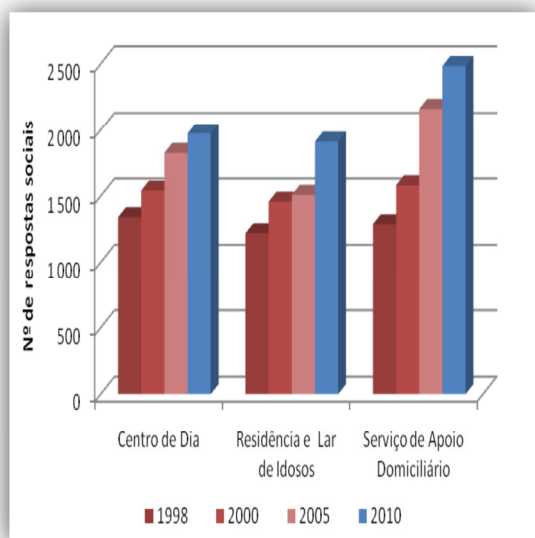


Figura 8 - Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas (Continente 1998-2010)

Fonte: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2010). Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2010, p.18.

Conforme a Figura 9 e os dados da Carta Social (2010) pode-se afirmar que as respostas sociais dirigidas aos idosos registam uma taxa de crescimento ao nível da capacidade instalada de 68 %, por referência ao ano base da Carta Social, o que corresponde a mais 91 300 lugares aproximadamente (cerca de 6 700 só no ano de 2010). “O SAD é a valência que tem apresentado um desenvolvimento mais expressivo ao nível da capacidade instalada no âmbito desta população-alvo (138 % por referência a 1998), o que explica a importância que tem e continuará a ter no futuro a prestação de cuidados no domicílio. As respostas Residência e Lar de Idosos registam um aumento na ordem dos 35 %, ao passo que o Centro de Dia apresenta um crescimento de 45%” (*ibidem*).

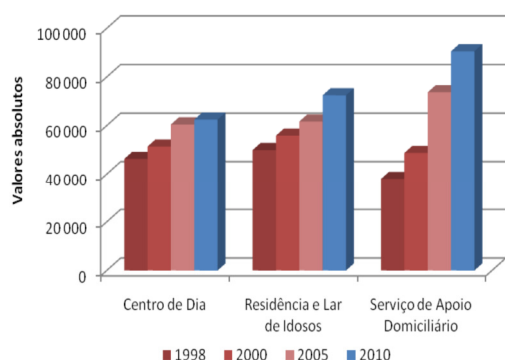


Figura 9 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas (Continente 1998-2010)

Fonte: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2010) Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2010, p.18.

De acordo com Carta Social (2010) e a Figura 19, verifica-se que “a taxa média de utilização do conjunto de respostas sociais em análise situa-se nos 82,5 %, valor que tem decrescido, em função do aumento do número de lugares para esta área. A Residência e Lar de Idosos e o SAD apresentam as taxas de utilização mais elevadas em 2010, 95,3 % e 83,9 % respectivamente. Com uma utilização mais moderada, a resposta de Centro de Dia tem apresentado ao longo dos anos valores abaixo dos 80 %” (Carta Social, 2010, p.19).

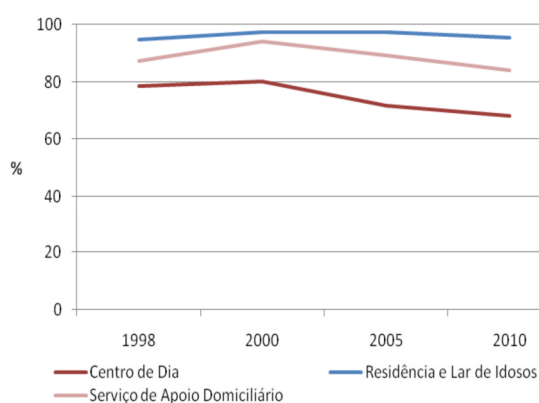


Figura 10 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas (Continente 1998-2010)

Fonte: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2010) Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2010, p.18.

A distribuição geográfica destes equipamentos sociais depende das necessidades determinadas pelo envelhecimento das populações, pelos recursos disponíveis e pelos elementos sócio-culturais (Velhice e Políticas Sociais s/d).

Através do mapa de distribuição espacial, representado na Figura 11, “verifica-se que na maioria dos distritos existe uma correspondência entre a oferta de serviços e a população em análise. Contudo, à semelhança dos anos anteriores, é de sublinhar uma menor cobertura relativa nos distritos de Braga, Porto, Aveiro, Lisboa e Setúbal” (MSSS, 2010, p.19).

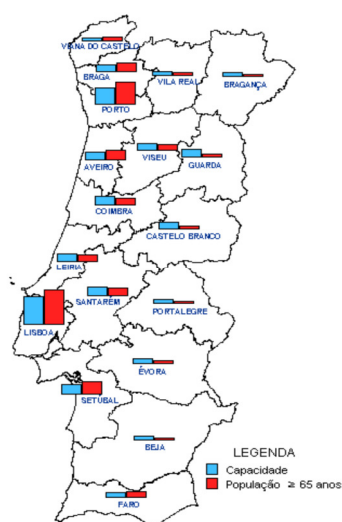


Figura 11 - Distribuição percentual da oferta e da população-alvo (≥65 anos), por distrito, Ano 2010

Fonte: INE, Estimativas da População Residente 2010, *in* Carta Social (2010), p.20.

5. O Apoio Social em Instituição: o Caso dos Centros de Dia

Durante muito tempo, o internamento definitivo da pessoa idosa em lar foi a única resposta de apoio formal existente. No entanto, a tomada de consciência dos seus custos excessivos, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, contribuíram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade (Pimentel, 2001).



No sentido de inverter este fenómeno da institucionalização permanente dos idosos em lar e minimizar os seus efeitos negativos em vários aspectos da vida do idoso, começam-se a adoptar políticas de manutenção do idoso na sua própria casa, nomeadamente o Apoio Domiciliário. A opção pela institucionalização a tempo parcial dos idosos, em que estes apenas passam uma parte do dia entregues aos cuidados de uma instituição, como é o caso dos Centros de Dia, é uma realidade cada vez mais visível no nosso país.

O Centro de Dia surge como um recurso intermédio entre os cuidados domiciliários e os cuidados residenciais (Arrazola et al., 2003), como uma estrutura de apoio extra-familiar. Apresenta-se, assim, como uma política alternativa à institucionalização, que permite a continuidade dos idosos no domicílio, onde se encontram os seus afectos e as suas lembranças, durante o maior tempo possível, tendo como objectivos a manutenção de um estilo de vida activo e a melhoria da qualidade de vida, afastando assim a institucionalização ou retardando-a o mais possível.

Em Portugal os primeiros centros de dia foram criados depois de 1976, inseridos numa política de manutenção do idoso no domicílio, devido à constatação de que os lares (alojamento colectivo) não respondiam às necessidades da maior parte dos idosos e ao facto de os mesmos exigirem um investimento financeiro muito maior.

O centro de dia tem vindo a evoluir, particularmente no que se refere à sua concepção e aos serviços prestados, adaptando-se às novas realidades.

5.1. Conceito e objectivos do Centro de Dia

De acordo com o guião técnico das condições de localização, instalação e funcionamento dos Centros de Dia, promovido pelo Ministério do Emprego e Segurança Social-Direcção Geral de Acção Social, “o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar” (Bonfim e Saraiva, 1996, p.7).

Os Centros de Dia, “embora proporcionem às pessoas idosas um espaço de convívio, recreação e animação, têm por objectivos primordiais a prestação da refeição, tratamento de



roupas e higiene pessoal, resolvendo assim alguns problemas da vida diária e permitindo às pessoas idosas manterem-se no meio familiar e social” (Direcção Geral de Acção Social, 1998 citado em Vaz et al, 2003, p.196).

O centro de dia é “um equipamento aberto que tem como função fundamental manter o idoso no seu próprio meio familiar e social, através da prestação de serviços específicos proporcionados no próprio Centro e de outros extensivos ao domicílio” (Moraes et al., 1989, p.8 citado em Veloso, 2008, p.2).

Nesta perspectiva, pode-se definir o Centro de Dia como um serviço social, de saúde e de apoio familiar, que oferece durante todo o dia cuidados para as necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais dos idosos com diferentes graus de dependência, promovendo a sua autonomia e a permanência no seu meio habitual (Seminário de estudo sobre centros de dia da IMSERSO, 1996 citado em Arrazola et al., 2003).

Os objectivos do Centro de Dia, inseridos numa política de manutenção dos idosos na comunidade e integração no seu meio sócio-familiar consistem na prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas; prestação de apoio psico-social; e fomento das relações interpessoais e intergeracionais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (Bonfim e Saraiva, 1996).

De acordo com Arrazola et al. (2003), os objectivos específicos do Centro de Dia, podem ser definidos ao nível dos idosos, das famílias e dos serviços sociais e de saúde existentes na comunidade.

Assim, ao nível dos idosos os objectivos são:

- a) Oferecer um ambiente protector e familiar, atendendo às necessidades bio-psico-sociais para manter e preservar a melhor qualidade de vida possível;
- b) Manter ou recuperar o maior grau de autonomia possível, através da estimulação e da reabilitação para a realização das actividades da vida diária (AVD);
- c) Prevenir a degradação física, psíquica e social, através de programas gerais e específicos dos tipos terapêuticos, ocupacionais, reabilitativos e de lazer;



- d) Evitar a institucionalização, através de uma boa coordenação entre outros recursos sociais, como os serviços de apoio domiciliário, programas de adaptação em casa; programas de fim-de-semana, ...);
- e) Controlar, manter e melhorar o nível de saúde dos idosos, através de programas de prevenção e controlo;
- f) Estimular a participação em actividades individuais e colectivas, em função das suas capacidades psicofísicas, evitando a passividade e o isolamento.

No que respeita às famílias definem-se os seguintes objectivos:

- a) Fecer apoio social adequado para os seus idosos, diminuindo as dificuldades e o *stress* que envolvem o cuidado e a vigilância contínua;
- b) Constituir-se como um centro de referência formativa e informativa, com o fim de ajudar as famílias nas tarefas de cuidado e prevenir ou ajudar a resolver conflitos que ocorrem no seio da família, devido à permanência em casa de um idoso dependente.

Ao nível dos serviços sociais e de saúde encontram-se os seguintes objectivos:

- a) Melhorar, otimizar e coordenar os serviços da rede de cuidados comunitários, que visam apoiar e facilitar a permanência do idoso na sua própria casa ou ambiente social;
- b) Oferecer um espaço físico real de convergência e encontro entre os serviços sociais e de saúde na planificação de programas de cuidado, intervenção e prevenção psicossocial e sanitária, prosseguindo um mesmo objectivo: melhorar a qualidade de vida, através da manutenção do estado de saúde e bem-estar.

5.2. Organização, Serviços e Princípios Gerais de Funcionamento

O Centro de Dia pode organizar-se em espaço próprio e funcionamento independente, como um serviço autónomo ou integrado numa estrutura existente, como por exemplo o lar, o centro comunitário ou outra estrutura polivalente (Bonfim e Saraiva, 1996).

O Centro de Dia assegura entre outros os seguintes serviços: as refeições; o convívio/ocupação; os cuidados de higiene; o tratamento de roupas; e as férias organizadas.



Este pode promover também o desenvolvimento de serviços de refeições ao domicílio, serviços de apoio domiciliário e acolhimento temporário (ibidem).

Segundo, Arrazola et al. (2003) os serviços que os centros de dia podem oferecer dividem-se entre o apoio social, os cuidados de saúde física e psíquica e a socialização e participação.

Ao nível do apoio social os serviços oferecidos pelo centro de dia são:

- a) Sinalização, acolhimento, orientação e acompanhamento dos casos;
- b) Coordenação do plano de intervenção estabelecido;
- c) Relações com a família;
- d) Estabelecimento do plano de transporte.

No que respeita aos cuidados de saúde física e psíquica identificam-se os seguintes serviços:

- a) Reabilitação e controlo psicofísico;
- b) Actividades psicoterapêuticas;
- c) Terapia ocupacional;
- d) Higiene pessoal;
- e) Dietética.

No que concerne à socialização e participação os serviços são:

- a) Treino de habilidades sociais;
- b) Relações pessoais;
- c) Actividades de lazer e cultura;
- d) Actividades produtivas.

Relativamente aos princípios gerais de funcionamento dos centros de dia, a Direcção Geral de Acção Social refere:

1. “Para a prossecução dos objectivos referidos na Norma III, compete ainda ao Centro de Dia: pôr à disposição das pessoas idosas as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação.



2. O Centro de Dia funciona com horário a estabelecer de acordo com as necessidades locais e os recursos disponíveis.
3. O funcionamento do Centro de Dia deve permitir ao utilizador:
 - a) Usufruir do estatuto de associado, pagando uma quota mensal o que lhe dará um sentimento de maior pertença e participação;
 - b) Usufruir dos serviços existentes pagando-os de acordo com as condições e preços estabelecidos no regulamento interno;
 - c) Pagar uma mensalidade pelos serviços utilizados.
4. O funcionamento do refeitório pode processar-se por turnos sempre, que tal se justifique.
5. O horário das várias actividades deve ser suficientemente flexível de modo a permitir ao utilizador a frequência de uma ou mais actividades, de acordo com as suas necessidades e interesses.
6. O utilizador pode escolher de entre os serviços existentes, aqueles de que necessita, de acordo com as condições expressas no regulamento interno.
7. A programação das várias actividades deve ser afixada em jornal de parede ou publicada no jornal editado pelo Centro, caso exista, de modo a permitir a sua divulgação.
8. O funcionamento do Centro de Dia deve incentivar a participação do utilizador na vida quotidiana do mesmo.
9. Sempre que o Centro de Dia desenvolva serviços para apoio a idosos, nomeadamente o serviço de refeições e serviço de apoio domiciliário, a sua organização e funcionamento deve obedecer às normas estabelecidas em documento próprio” (Bonfim e Saraiva, 1996, p.9).

5.3. Destinatários

De acordo com Gil (1996 citado em Arrazola et al., 2003), os utilizadores do Centro de Dia são:

- a) Utilizadores do serviço de apoio domiciliário (SAD) com limitações ligeiras, isto é, aquelas pessoas que necessitam unicamente de apoio na realização de certas actividades



- da vida quotidiana, como a alimentação, higiene pessoal, organização do espaço doméstico, tratamento de roupas, etc.;
- b) Aquelas pessoas que, por incapacidade física ou psíquica, precisam de ajuda para se movimentarem, não sendo capazes sozinhas de se levantarem, andarem, tratarem da higiene pessoal, etc.;
 - c) Pessoas que, para além das incapacidades anteriormente descritas, precisam de cuidados especializados de enfermagem, fisioterapia ou terapia ocupacional para uma reabilitação adequada.
 - d) Aquelas pessoas com elevado nível de incapacidade que não podem permanecer no seu domicílio devido a limitações da família cuidadora, por necessidade de cuidados de saúde regulares, ou por más condições da habitação.

O núcleo de utilizadores dos centros de dia é constituído essencialmente por pessoas com incapacidades físicas e/ou psíquicas, com uma fraca rede de apoio informal, que causam danos graves na vida familiar, ou que precisam de apoio especializado.

5.4. Motivações na utilização do equipamento

De acordo, com os resultados de um estudo realizado por Vaz, em 2003, que visava perceber as formas de sentir a condição de vida na velhice por pessoas que vivem sós, as motivações que levam as pessoas idosas a frequentar o Centro de Dia são essencialmente a falta de retaguarda familiar, sentimentos de isolamento e solidão, fracos recursos económicos provenientes de reformas baixas, que não são suficientes para os gastos básicos como a alimentação e medicamentos.

Os utilizadores desta valência “usufruem de todos os serviços disponibilizados pelo Centro de Dia como: o almoço, lanche, lavandaria, convívio, passeios da iniciativa da instituição. O serviço de lavandaria é, essencialmente, utilizado por homens que vivendo sós não dispõem de retaguarda familiar. Alguns acrescentam que o fazem porque os seus familiares o indicaram com o argumento de ali terem as refeições asseguradas e poderem estar mais ocupados com actividades durante o dia, retirando uma preocupação aos seus familiares



enquanto estes trabalham. O Centro de Dia é uma opção alternativa para diminuir o isolamento e a solidão sentida (Vaz et al., 2003, p.203).

“O Centro de Dia é um dos mais importantes apoios formais que a pessoa idosa recebe a par da pensão de reforma. O Centro de Dia facilita as trocas sociais eliminando ou atenuando o sentimento de isolamento. Contudo, podemos concluir que o centro de Dia, apesar de quebrar com o isolamento, não resolve nem elimina o sentimento de solidão. Concluímos, também que o sentimento de solidão só será combatido se as interações familiares se constituírem como efectivas, assumirem uma forma assídua, persistente e forem imbuídas de atitudes positivas junto da pessoa idosa” (*ibidem*, p.207).

5.5. Avaliação dos Centros de Dia

A qualidade dos serviços consiste em fazer bem o que tem de ser feito desde o início, é o conjunto de características de um produto ou serviço que tem a capacidade para atender as necessidades dos clientes. Esta deve ser definida em termos de qualidade de criação e do serviço e de qualidade pretendida pelo cliente (Arrazola et al., 2003).

A intervenção do Centro de Dia deve ser pautada por critérios de qualidade, dos quais se destacam:

1. “Garantir o exercício de cidadania e o acesso aos direitos humanos dos clientes, p.e. autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade, dignidade, igualdade de oportunidades.
2. Respeitar as diferenças de género, socioeconómicas, religiosas, culturais, sexuais dos clientes e/ou pessoas próximas.
3. Respeitar o projecto de vida definido por cada cliente, bem como os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expectativas.
4. Transmitir e garantir aos clientes um clima de segurança afectiva, física e psíquica durante a sua permanência na Resposta Social.
5. Estabelecer uma parceria e articulação estreita com o cliente e/ou pessoa(s) próxima(s), a fim de recolherem a informação necessária sobre as necessidades, expectativas,



- capacidades e competências; co-responsabilizá-los no desenvolvimento de actividades/acções no âmbito dos serviços prestados; participarem na gestão da Resposta Social.
6. Desenvolver os cuidados ao nível da qualidade das relações que o cliente vai estabelecer com todos os intervenientes (colaboradores internos e externos, voluntários, entre outros), para que os clientes possuam segurança e sentimento de pertença, assim como se sintam valorizadas para aderir ao processo de cuidados. Este sentimento é sustentado pelo respeito mútuo e pelo desenvolvimento de relações afectivas humanas, calorosas e recíprocas entre o cliente e os intervenientes dos cuidados (colaboradores internos e externos, voluntários, outros).
 7. Compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, para criar um ambiente que facilite a interacção, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes. Só desta forma o cliente se pode sentir bem no âmbito dos cuidados prestados pela Resposta Social, i.e. se os mesmos tiverem em conta a sua maneira de ser e estar, identidade, hábitos de vida, religião, cultura, condições de vida, entre outros aspectos. Isto implica:
 - a) Pensar o cliente como um ser afectivo e activo, que, independentemente da idade ou situação de dependência, possui um projecto de vida e gosta de ser respeitado na sua maneira de ser e estar. Personalizar os serviços, afigura-se como um imperativo.
 - b) Dinamizar acções que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e pensamento.
 - c) Criar um ambiente calmo, flexível e responsável que possa ser adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, promovendo o acesso a um leque de oportunidades de escolhas, que lhe permita continuar o seu desenvolvimento individual, de acordo com as suas expectativas” (Instituto da Segurança Social (ISS), I.P. (2010). Centro de Dia - Manual de Processos-Chave, pp. 2, 3).

Para garantir aos cidadãos o acesso a serviços sociais de qualidade, o Instituto da Segurança Social (ISS), I.P. desenvolveu, em 2005, os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais (Creche, Centro de Dia¹⁰, Serviço de Apoio Domiciliário, Estrutura Residencial para Idosos, Lar Residencial, Centro de Actividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário), que permitem avaliar a qualidade

¹⁰ O Modelo de Avaliação da Qualidade dos Centros de Dia encontra-se disponível para download em <http://www.seg-social.pt/>



dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as respostas sociais. Esta gestão da qualidade tem como principais objectivos: garantir aos cidadãos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas; a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado; e a sustentabilidade das organizações. Permitindo uma maior satisfação dos clientes e das outras partes interessadas, transmitindo confiança e contribuindo para um exercício de cidadania mais responsável (Modelo de Avaliação da Qualidade Centro de Dia ISS, I.P., (s/d)).

O Modelo de Avaliação da Qualidade é um referencial normativo que se baseia nos princípios de gestão da qualidade e onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) dos serviços prestados pelas respostas sociais (*ibidem*).

O Modelo baseia-se em oito critérios de avaliação, sendo quatro deles respeitantes aos *Meios*, que reportam à forma como as actividades da resposta social são desenvolvidas, e os restantes aos *Resultados*, que avaliam o produto final das acções realizadas. Relativamente aos *Meios* os critérios definidos são: Liderança, Planeamento e Estratégia; Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos. No que respeita aos *Resultados*, os critérios são: Resultados Clientes; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade; Resultados Chave do Desempenho (*ibidem*).

Como ferramenta de apoio à implementação do Modelo de Avaliação da Qualidade, o ISS desenvolveu três questionários dirigidos a clientes, colaboradores e parceiros com o objectivo de avaliar o seu grau de satisfação em relação à resposta social e detectar aspectos de melhoria e definir novas metas a atingir.

Estes Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais em conjugação com os Manuais de Processos-Chave e os Questionários de Avaliação da Satisfação de Clientes, Colaboradores e Parceiros¹¹, que funcionam como ferramentas de apoio à sua implementação, permitem uma melhoria contínua da qualidade dos serviços.

¹¹ Os Manuais de Processos-Chave e os Questionários de Avaliação da Satisfação de Clientes, Colaboradores e Parceiros encontram-se disponíveis para download em <http://www.seg-social.pt/>



Parte II – Estudo Empírico

1. Enquadramento Metodológico

1.1. Problematização da Investigação

Dentro do contexto do envelhecimento demográfico, o fenómeno do envelhecimento em Portugal tem sido objecto de vários estudos. Por outro lado, o estudo da perspectiva que os idosos detêm acerca do apoio formal em contexto de Centro de Dia não tem tido a mesma projecção.

Em Portugal, o eixo central das políticas sociais de velhice visa essencialmente a manutenção do idoso no seu domicílio, no seu meio natural de vida, sendo da responsabilidade da família e da comunidade assegurarem o acompanhamento e inserção dos seus familiares idosos. “O discurso político abandona a questão da terceira idade para se centrar na “solidariedade entre gerações” e na “inserção social” das pessoas idosas” (Salselas, 2007, p.34).

Contudo, é importante salientar que a família se encontra “num processo contínuo de mudança e hoje organiza-se à volta de valores como a autonomia, o individualismo, valorizando a realização pessoal dos seus membros e o respeito pela sua privacidade, o que inviabiliza de alguma forma a intensa dedicação que por vezes lhe é exigida” (Pimentel, 1995, p.56).

Em determinadas situações ou períodos, a capacidade da família para cuidar do idoso pode estar comprometida e o idoso pode constituir um entrave à autonomia dos familiares, seja por motivos do quotidiano, que não lhes possibilita conciliar o acto de cuidar com actividades profissionais e tarefas do lar, ou pela impossibilidade de entre os familiares encontrar um ou mais membros que se disponibilizem e se responsabilizem pelo cuidado do idoso. “Face a esta incapacidade ou ineficiência das redes de apoio familiar, os Estados criaram um conjunto de medidas de política social que se concretizam através de serviços e equipamentos, com vista a superar carências sociais resultantes desta situação” (*ibidem*, pp.57, 58).



Esta nova política da velhice conduziu ao surgimento de novos equipamentos sociais para a população idosa, destacando-se os Centros de Dia, os Centros de Convívio e os Serviços de Apoio Domiciliário. Na actualidade e no contexto da realidade do nosso país, estes novos equipamentos sociais têm uma grande aceitação por parte dos idosos e respectivas famílias, uma vez que produzem respostas facilitadoras e adequadas à manutenção do idoso na sua própria casa, prolongando a sua independência, sobretudo quando combinados entre si (Salselas, 2007).

No caso específico dos Centros de Dia, estes têm uma grande visibilidade e aceitação dentro deste grupo populacional e respectivas famílias, uma vez que estes permitem, através dos serviços prestados, a satisfação das necessidades fundamentais dos idosos, ao nível das suas necessidades básicas/fisiológicas, de segurança, de estima, de relacionamento e de realização pessoal, permitindo a manutenção do idoso no seu quadro habitual de vida, impedindo a desintegração do seu contexto familiar.

Os Centros de Dia, tal como definidos pelo Ministério do Emprego e Segurança Social-Direcção Geral de Acção Social, são “uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar” (Bonfim e Saraiva, 1996, p.7).

Na sociedade portuguesa, os Centros de Dia são uma resposta social recente, mas com um rápido desenvolvimento, que pretende substituir o internamento em Lar nos casos em que este não se justifica. Assume assim grande importância, na medida em que permite a satisfação das necessidades dos idosos e a sua manutenção no seu ambiente familiar, permitindo ainda que estes tenham uma ocupação durante a ausência dos seus familiares (Carmona, 1995). Os Centros de Dia apresentam-se como uma resposta social alternativa de apoio aos idosos durante o dia, pouco dispendiosa, permitindo aos idosos a permanência no seu contexto habitual de vida, evitando situações de desenraizamento social e garantindo o máximo de qualidade de vida a esta população.

A positividade da imagem dos Centros de Dia está patente na percepção que os idosos utilizadores deste tipo de equipamento têm do apoio recebido e percebido neste contexto, pelo que importa estudar este assunto.



Nesta perspectiva, o problema geral subjacente a esta pesquisa é saber qual é a percepção que possuem os utentes acerca do apoio formal de que beneficiam em Centro de Dia.

O presente estudo propõe interessar-se pelos idosos utentes de Centro de Dia, nos concelhos de Coimbra e Cantanhede. Para tal, foi efectuada uma pesquisa quantitativa, através da qual se pretende conhecer as percepções daqueles idosos relativamente ao apoio formal recebido nesse contexto.

1.2. Relevância do Estudo

Actualmente em Portugal, segundo os últimos dados da Carta Social (2011)¹², existem 1997 Centros de Dia, contudo e apesar do seu crescimento significativo, os estudos relativos a este tipo de resposta social são ainda bastante reduzidos.

Conhecer a percepção que os idosos têm sobre o apoio formal em contexto de Centro de Dia, reconhecendo a estrutura organizacional e dinâmicas internas deste tipo de resposta, identificando os aspectos mais e menos valorizados pelos utentes no âmbito dos cuidados recebidos, analisando o seu grau de satisfação em relação aos mesmos e avaliando o seu nível de bem-estar psicológico, contribuirá não só para o conhecimento científico deste fenómeno, como também para a sua utilização prática num esforço de resolução de possíveis problemas de funcionamento dos Centros de Dia e num processo de melhoria do apoio prestado, tendo sempre por base as necessidades dos idosos, o respeito pela sua opinião, os seus gostos e interesses pessoais.

Neste contexto, pretende-se que o contributo deste trabalho possa ser relevante em termos de conhecimento teórico e em futuras aplicações práticas, evidenciando a importância dos Centros de Dia como resposta social ao fenómeno do envelhecimento.

¹² Informação retirada do site <http://www.cartasocial.pt/>



1.3. Limitações do Estudo

Sendo a presente investigação do tipo quantitativo é possível identificar algumas limitações associados á utilização dos métodos quantitativos, nomeadamente: “complexidade dos seres humanos; estímulo que dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos; grande número de variáveis cujo controlo é difícil ou mesmo impossível; subjectividade por parte do investigador; medição que é muitas vezes indirecta, como por exemplo o caso das atitudes; problema da validade e fiabilidade dos instrumentos de medição” (Carmo e Ferreira, 1998, p.179).

No decurso da investigação, o investigador depara-se com diversos obstáculos, que na maioria das vezes estão relacionados com o processo de recolha de dados.

No caso da presente investigação, na aplicação dos instrumentos de recolha de dados através da utilização de questionários, o investigador tem de ter em conta a possível falta de disponibilidade dos indivíduos e o tempo de espera para obter autorização das instituições para realizar a investigação. Um outro obstáculo consiste no tempo necessário para aplicação dos instrumentos de recolha de dados, sendo estes extensos e tratando-se de uma população idosa os sinais de impaciência são visíveis ao fim de algum tempo. Outros aspectos estão essencialmente relacionados com as dinâmicas das instituições que têm de ser respeitadas, limitando o período de tempo disponível para efectuar a recolha de dados; dificuldades de expressão e comunicação entre ambas as partes; a possível incompreensão do significado das questões, o que poderá levar a uma falsa interpretação; a possibilidade do entrevistado ser influenciado, consciente ou inconscientemente pelo entrevistador e a retenção de alguns dados por parte do entrevistado receando que a sua identidade seja revelada.

Para superar estes obstáculos o entrevistador deve utilizar uma comunicação simples e clara e estabelecer uma relação de confiança com os entrevistados, para que estes não se mostrem reticentes a participar, preocupando-se em garantir o sigilo profissional.

1.4. Objectivos da Investigação

Segundo Lakatos, “toda a pesquisa deve ter um determinado objectivo para saber o que vai procurar e o que se pretende alcançar” (1991:149). Assim, a partir da delimitação da questão orientadora da investigação e da sua análise é possível definir de forma sequencial os objectivos gerais e específicos da investigação, colocando em evidência a que se destina a pesquisa e o que se pretende atingir com ela. A definição destes objectivos visa garantir a coerência interna da investigação.

Os objectivos gerais do presente estudo são:

1. Caracterizar a amostra numa perspectiva sociodemográfica.
2. Analisar as dinâmicas e lógicas inerentes ao funcionamento do Centro de Dia.
3. Distinguir os elementos valorizados pelos utentes no âmbito do cuidado prestado em Centro de Dia.
4. Analisar a satisfação dos utentes no que concerne aos cuidados usufruídos no centro.
5. Avaliar o nível de bem-estar psicológico dos idosos que beneficiam de cuidados a nível do Centro de Dia.

No sentido de clarificar e alcançar estes objectivos gerais é necessário proceder à definição de objectivos específicos, tendo por base as várias dimensões e variáveis que orientam a presente investigação, conforme descritos na Figura.

Dimensões	Variáveis	Objectivos específicos
Características dos Utentes	Características sócio-demográficas dos utentes.	<p>Caracterizar os utentes ao nível do género, idade e estado civil.</p> <p>Avaliar o nível de escolaridade dos utentes.</p> <p>Conhecer a principal actividade profissional dos utentes;</p> <p>Avaliar a situação económica dos utentes.</p> <p>Conhecer a constituição do agregado familiar dos utentes.</p> <p>Conhecer a área geográfica de residência dos utentes.</p>



O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

	Capacidade funcional dos utentes para a realização das actividades da vida diária (AVDs).	<p>Avaliar a capacidade funcional dos utentes e o seu grau de autonomia para a realização das actividades da vida diária (AVDs).</p> <p>Percepcionar a relação entre o estado de saúde do utente e a sua capacidade de realização das AVDs.</p> <p>Conhecer, na perspectiva do utente, o seu estado de saúde geral.</p> <p>Conhecer o meio de transporte utilizado pelos utentes para se deslocarem para o Centro de Dia.</p>
Bem-estar psicológico dos utentes	Nível de bem-estar psicológico dos utentes.	<p>Avaliar o bem-estar psicológico dos utentes em termos de um índice global de bem-estar e seis sub-escalas definidas por seis factores: felicidade; sociabilidade; controlo de si e dos acontecimentos; envolvimento social; auto-estima e equilíbrio.</p>
Ambiente Social	Elementos relativos ao ambiente social no contexto do Centro de Dia.	<p>Conhecer o modo como se processa a comunicação entre os utentes em contexto de Centro de Dia.</p> <p>Avaliar, do ponto de vista dos utentes, a performance dos colaboradores ao nível da prestação de cuidados, atenção e informação.</p> <p>Avaliar o relacionamento estabelecido entre os colaboradores do Centro de Dia e os utentes, ao nível da atenção prestada e da preparação e execução das actividades.</p> <p>Avaliar, do ponto de vista dos utentes, o modo como os funcionários do Centro de Dia interagem entre si.</p> <p>Avaliar o modo como os utentes percepcionam o ambiente moral geral do Centro de Dia ao nível das interacções utente/utente, utente/funcionário, funcionário/funcionário.</p>

O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Ambiente Estrutura	Interior	Agradabilidade geral da estrutura do Centro de Dia.	Avaliar a agradabilidade geral da estrutura do Centro de Dia no que respeita à luminosidade, à agradabilidade geral e higiene do espaço.
Serviços e Actividades		Existência de serviços e actividades; grau de utilização; nível de satisfação dos utentes.	Conhecer, do ponto de vista dos utentes, dentro de uma listagem de serviços e actividades nas áreas da saúde, reabilitação, animação social e aconselhamento, quais os que são proporcionadas no Centro de Dia e conhecer o grau de utilização e o nível de satisfação dos utentes acerca dos mesmos.
Satisfação Global		Nível de Satisfação global dos utentes relativamente aos cuidados prestados pelo Centro de Dia.	Avaliar o nível de Satisfação global dos utentes relativamente ao serviço geral prestado pelo Centro de Dia.
Características Estruturais		Alimentação.	Avaliar, na óptica dos utentes, a qualidade da alimentação ao nível da variedade e do sabor da comida. Saber, do ponto de vista do utente, se estes têm conhecimento prévio da ementa.
Utilização		Grau de utilização do Centro de Dia.	Avaliar o grau de utilização do Centro de Dia, por parte dos utentes.
Motivo de Entrada		Expectativas dos utentes na utilização do Centro de Dia.	Conhecer os motivos dos utentes aquando da integração no Centro de Dia.
Sugestões		Sugestões dos utentes.	Avaliar os aspectos de melhoria, sugeridos pelos utentes, à estrutura organizacional e funcional do Centro de Dia.

Figura – Definição dos Objectivos Específicos



1.5. Caracterização Empírica da Pesquisa

De acordo com os objectivos definidos e as características do estudo, e uma vez que se pretende conhecer a percepção que possuem os utentes acerca do apoio formal de que beneficiam em Centro de Dia, esta investigação insere-se no âmbito das investigações quantitativas, recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos.

A investigação quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis que está associada à investigação experimental ou *quasi-experimental*, tendo como objectivos estabelecer relações entre variáveis e estudar relações de causa efeito (Fortin, 2003). Este método de investigação contribui “para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos” (*Ibidem*, p.22).

Para além desta investigação se caracterizar como quantitativa, trata-se também de uma pesquisa do tipo descritiva, dado que os estudos descritivos “descrevem um fenómeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo” (Lakatos, Marconi, 1996, p.19) e este estudo pretende descrever os aspectos relacionados com a percepção que os utentes, em contexto de Centro de Dia, têm sobre o apoio formal recebido.

1.6. Campo de Pesquisa

1.6.1. Área Geográfica

No âmbito desta investigação, a área geográfica onde se efectuou a recolha de dados corresponde aos concelhos limítrofes de Coimbra e Cantanhede, situados no distrito de Coimbra, região Centro e sub-região do Baixo Mondego, conforme a figura.

Figura 12 – Mapa de localização do distrito de Coimbra e mapa dos respectivos concelhos e cidades

Fonte: <http://www.mapadeportugal.net/>

No concelho de Coimbra foram estudadas as realidades das freguesias de São Silvestre e São João do Campo. Por sua vez, no concelho de Cantanhede foi estudada a Freguesia de Ançã. A Figura representa a distribuição geográfica das referidas freguesias nos respectivos concelhos.

Figura 13 – Mapa das Freguesias dos Concelhos de Coimbra e Cantanhede

Fonte: <http://www.freguesiadesaosilvestre.eu> e <http://www.freguesiadeanca.eu>

Estas freguesias, embora estejam localizadas relativamente perto de centros urbanos, são de natureza rural, apresentando características específicas, nomeadamente ao nível da sua economia local tradicionalmente ligada às actividades agrícolas.

No que respeita ao número de indivíduos com 65 ou mais anos, estes representam uma percentagem significativa da população destas freguesias, o que justifica a existência de infra-estruturas locais de apoio a esta população, nomeadamente estruturas de Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

Os dados do INE (2011), conforme a Figura, revelam que a freguesia de São Silvestre apresenta um total de 539 idosos, o que corresponde a 17,26% da população total de 3122 indivíduos. Por sua vez, a freguesia de São João do Campo apresenta, num universo populacional de 2073 indivíduos, 392 idosos, o que representa 18,91% do total da população. A freguesia de Anã apresenta um total de 637 idosos representantes de 24,27% do total da população local de 2625 indivíduos.

Zona Geográfica	População residente (2011)					
	Total		Grupos etários			
	HM	H	0-14	15-24	25-64	65 ou mais
São Silvestre	3122	1564	461	332	1790	539
São João do Campo	2073	1010	274	214	1193	392
Anã	2625	1278	369	266	1353	637

Figura 14 – População residente em 2011 nas Freguesias de Anã, São João do Campo São Silvestre, segundo os grupos etários.

Fonte: INE, 2011

A selecção destas áreas geográficas deveu-se essencialmente à proximidade do investigador a este espaço de abrangência. Para fundamentar esta escolha foram ainda considerados, para além dos dados demográficos locais anteriormente mencionados, os factos de na região Centro se encontrarem cerca de 26% do total da população idosa do nosso país, conforme a Figura 4, representando uma das regiões com maior concentração; deste total de idosos 20,6% vivem sozinhos, de acordo com a Figura 5, e 19,1% vivem exclusivamente com pessoas de 65 ou mais anos, conforme a Figura 6. Importa também referir que a região Centro é uma das regiões mais envelhecidas do país, com um índice de envelhecimento de 163.



1.6.2. Amostra

A presente pesquisa abrange uma amostra de 49 idosos utilizadores da valência de Centro de Dia de três instituições sociais pertencentes ao distrito de Coimbra, concelhos de Coimbra e Cantanhede, concretamente às freguesias de São Silvestre, São João do Campo e Anã. Conforme é possível observar na Tabela 1, 100% da amostra pertence ao distrito de Coimbra, 67,3% pertence ao concelho de Coimbra e 32,7% ao concelho de Cantanhede.

Tabela 1:

Área geográfica de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Distrito	Coimbra	49	100	100	100
Concelho	Cantanhede	16	32,7	32,7	32,7
	Coimbra	33	67,3	67,3	100
	Total	49	100	100	-

A selecção dos idosos foi feita de forma aleatória, no entanto para alcançar os objectivos propostos pela presente investigação, revelou-se indispensável definir alguns requisitos para a selecção da amostra, tendo sido considerados todos os idosos frequentadores de Centro de Dia com condições de saúde que lhe permitissem comunicar de forma lúcida e coerente, de acordo com as informações prévias disponibilizadas pelos técnicos do Centro de Dia e validadas pelas respectivas Directoras Técnicas.

1.7. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados

Tendo em conta os objectivos delimitados para a pesquisa e a sua natureza quantitativa, o processo de recolha de dados efectuou-se através da aplicação à população alvo de um Questionário Sócio-Demográfico, da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico e do Questionário do Utente pertencente ao Protocolo de Avaliação de Centros de Dia - versão para investigação (PACD-I).



O Questionário Sócio-Demográfico¹³ é constituído por um conjunto de perguntas relativas à situação pessoal, social, profissional, económica e familiar, tais como: sexo; idade; estado civil; nível de escolaridade; principal actividade profissional; situação económica/valor da pensão ou reforma; informação sobre com quem vive e área geográfica de residência.

Para avaliar o bem-estar psicológico utilizou-se a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP; Monteiro, Tavares, e Pereira, 2006)¹⁴, versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (ÉMMBEP; Massé et al., 1998).

A ÉMMBEP elaborada e validada por Massé et al (1998) tem como pressuposto base que o conceito de bem-estar subjectivo deverá ser definido e medido através da componente afectiva: emoções positivas e afectos negativos; e da cognitiva: satisfação com a vida, moral (Andrews & McKennell, 1980; Diener, 1994 citado em Monteiro, 2008).

Monteiro, Tavares e Pereira (2006) realizaram estudos de adaptação e validação da ÉMMBEP para a população portuguesa, que incluíram diversos procedimentos e análises de natureza qualitativa e quantitativa.

Na sua versão portuguesa, a EMMBEP, à semelhança da sua versão original, é uma escala de resposta tipo likert de 5 pontos: 1 (Nunca); 2 (Raramente); 3 (Algumas vezes); 4 (Frequentemente) e 5 (Quase sempre); que avalia o bem-estar psicológico em termos de seis sub-escalas e um índice global de bem-estar, composta por 25 itens.

Os itens que compõem a EMMBEP são:

1. Senti-me confiante.
2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.
3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.
4. Senti-me útil.
5. Senti-me emocionalmente equilibrado.

¹³ Vidê Anexo I

¹⁴ Vidê Anexo II



6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.
7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.
8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas.
9. Tive objectivos e ambições.
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.
11. Envolvi-me em vários projectos.
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas actividades e passatempos preferidos.
13. Ri-me com facilidade.
14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.
15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.
16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.
17. Fui capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.
18. Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.
20. Estive bastante calmo.
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio.
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.
24. A minha moral esteve boa.
25. Senti-me saudável e em boa forma.

As seis sub-escalas, definidas por seis factores, são: felicidade; sociabilidade; controlo de si e dos acontecimentos; envolvimento social; auto-estima e equilíbrio. A cada factor/sub-escala correspondem determinados itens, sendo que: ao factor felicidade corresponde os itens 5, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 25; à sociabilidade os itens 13, 14, 15, 16; ao controlo de si e dos acontecimentos os itens 17, 18, 19; ao envolvimento social os itens 9, 10, 1; à Auto-estima os itens 1, 2, 3, 4; e ao equilíbrio os itens 6, 7, 8 (Monteiro, Tavares, e Pereira, 2006).



A Felicidade, relaciona-se com sentimentos de felicidade, com o sentir-se bem na sua pele, com o usufruir a vida, ter uma boa moral e sentir-se em forma. Este factor é constituído por 8 itens, como por exemplo o item 22: “Senti-me bem, em paz comigo próprio”.

A Sociabilidade diz respeito a aspectos de sociabilidade, ou seja, à aptidão para o relacionamento com a comunidade, com o bom humor e com a capacidade para ouvir os outros. É constituída por 4 itens, dos quais temos por exemplo o item 14: “Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente”.

O Controlo de si e dos acontecimentos inclui itens respeitantes ao sentimento de controlo de si e dos acontecimentos e à capacidade de enfrentar as dificuldades da vida de forma calma e construtiva. É constituída por 3 itens, como por exemplo o item 18: “Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza”.

O Envolvimento social inclui aspectos de envolvimento e motivação, como ter interesse no que nos rodeia, ter ambições e gosto de levar a cabo actividades em geral. É constituída por 3 itens, como por exemplo o item 9: “Tive objectivos e ambições”.

A auto-estima inclui itens relacionados com a auto-estima, como o sentir-se confiante em si mesmo, apreciado e amado, útil e satisfeito com o que alcançou. É constituída por 4 itens, como o item 2: “Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam”.

O equilíbrio é uma dimensão relacionada com a sensação de equilíbrio, com a estabilidade manifestada nos diferentes níveis pessoal, familiar e profissional. É constituída por 3 itens, como por exemplo o item 8: “A minha vida foi bem equilibrada, entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas”.

A análise dos dados relativos à EMMBEP é feita com recurso à estatística descritiva, baseada na distribuição de frequências, por forma a conhecer a participação numérica e percentual de cada categoria no total de casos analisados por variável. O resultado total pode variar entre 25 e 125 e o bem-estar do indivíduo é tanto mais elevado quanto maior for esta pontuação.



O Questionário do Utente¹⁵ pertence ao Protocolo de Avaliação de Centros de Dia - versão portuguesa para investigação (PACD-I).

O Protocolo de Avaliação de Centros de Dia (The Adult Day Care Assessment Procedure-ADCAP) foi desenvolvido nos Estados Unidos em 1986 e é um conjunto de instrumentos que mede as duas componentes principais dos programas de Centro de Dia, ao nível da sua estrutura e dos seus processos. Este protocolo serviu como instrumento de recolha de informação dos censos nacionais americanos sobre os Centros de Dia, ao nível da sua estrutura, população alvo, processos de funcionamento e resultados dos programas, tendo sido sujeito a sucessivas revisões ao longo do tempo (Conrad et al., 1990).

No que respeita ao Questionário do Utente, este encontra-se estruturado com base na dinâmica institucional dos Centros de Dia, pretendendo reflectir a visão que os idosos utilizadores têm sobre os mesmos.

Este Questionário pretende avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados que recebem no Centro de Dia, e saber quais os aspectos mais importantes ao nível dos cuidados, programas e serviços existentes.

Quanto à sua estrutura, o Questionário do Utente, na versão utilizada na presente investigação, é composto por cinco Escalas, sendo elas: *Escala de Ambiente Social*; *Escala do Ambiente Interior e Estrutura*; *Escala de Serviços e Actividades*; *Escala de Satisfação Global*; *Escala de Características Estruturais*; e ainda grupos de questões sobre *Características dos Utentes*, *Grau de Utilização do Centro de Dia* e *Perguntas Abertas*.

A Escala de Ambiente Social avalia os aspectos relacionados com o ambiente social no contexto do Centro de Dia e é constituída por cinco sub-escalas: Comunicação; Cuidados Prestados pelos Colaboradores; Interação Utentes/Funcionários; Colaboradores; Ambiente Moral Geral. É uma escala de resposta tipo Likert, sendo as opções de resposta: 1=DM (Discordo Muito); 2=D (Discordo); 3=C (Concordo); 4=CM (Concordo Muito).

A Escala do Ambiente Interior/Estrutura avalia as principais salas onde se desenvolvem as actividades, ao nível da sua agradabilidade geral. Esta escala faz a avaliação das seguintes

¹⁵ Vidê Anexo III



áreas: áreas com janelas; luz; local agradável; cheiros; e limpeza das paredes e chão ou tapetes.

A Escala de Serviços e Actividades avalia a existência de diversos serviços e actividades, distribuídos de acordo com as suas sub-escalas: Serviços de Saúde; Serviços de Reabilitação; Serviços de Animação Social; e Serviços de Aconselhamento. Averigua também se o utente já os utilizou ou não e o seu nível de satisfação acerca dos mesmos.

A Escala de Satisfação Global avalia o nível de satisfação global dos utentes relativamente ao serviço geral prestado pelo Centro de Dia e é constituída pela sub-escala Utentes. Esta é uma escala de resposta tipo Likert, sendo as opções de resposta: 1=DM (Discordo Muito); 2=D (Discordo); 3=C (Concordo); 4=CM (Concordo Muito).

A Escala de Características Estruturais avalia questões relacionadas com a alimentação servida no Centro de Dia, concretamente faz a avaliação das ementas através de indicadores discretos: variedade da ementa; sabor da comida e publicação da ementa nas instalações.

O grupo relativo às Características dos Utentes analisa questões relacionadas com o seu estado de saúde, capacidade funcional para a realização das AVDs e tipo de transporte utilizado pelos utentes para se deslocarem para o Centro de Dia.

O Grau de utilização do Centro de Dia avalia questões relacionadas com o tempo e a intensidade de utilização do Centro de Dia, por parte dos utentes.

As Perguntas Abertas avaliam questões não enquadráveis nas escalas, com vista à obtenção de informação, que após a sua análise de conteúdo será codificada, como por exemplo: *Quando decidiu vir para este Centro, qual foi a coisa mais importante que esperava receber?; O que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de Dia mais agradável?.*

O procedimento de recolha de dados iniciou-se com a entrega directa nas instituições envolvidas de um Pedido de Autorização para a Realização de Investigação¹⁶ dirigido à Direcção das mesmas. Após este procedimento introdutório passou-se à aplicação prática dos referidos instrumentos de recolha de dados.

¹⁶ Vidê Anexo IV



Estes instrumentos e procedimentos de recolha de dados foram aplicados tendo sempre por base um conjunto de princípios éticos e deontológicos, nomeadamente a participação voluntária dos idosos no estudo, dando-lhes a conhecer previamente o propósito do estudo e pedindo-lhes o seu consentimento na utilização da informação recolhida, garantindo a sua confidencialidade. Neste sentido, todos os idosos participantes neste estudo tiveram conhecimento do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Informado¹⁷. Nos casos em que os idosos sabiam assinar e se mostraram disponíveis, os Termos foram assinados pelos próprios. Nos casos em que estes não sabiam assinar, os referidos documentos foram validados pela Directora Técnica dos respectivos Centros de Dia e/ou pelo investigador, como garantia de que estes idosos também tiveram acesso a estas informações.

Os instrumentos foram preenchidos no contexto da Sala de Convívio e em formato de entrevista aos utentes dos Centros de Dia em estudo, devido ao seu baixo nível de escolarização, sendo que muitos deles não são alfabetizados.

1.8. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Após o processo de recolha de dados, tendo em conta as características do estudo, estes foram tratados com recurso ao programa estatístico IBM SPSS Statistics versão 20.0.0. Fortin afirma que “a escolha das ferramentas estatísticas depende principalmente do tipo de investigação efectuada, do tipo de variáveis utilizadas e das questões de investigação que foram formuladas” (2003, p.271).

¹⁷ Vidê Anexo V



2. Apresentação de Resultados

2.1. Perfil do utente do Centro de Dia

Relativamente às características sócio-demográficas dos utentes de acordo com a análise da Tabela 2, pode afirmar-se que se verifica um maior número de indivíduos do sexo feminino, do que do sexo masculino, 81,6% do total da amostra contra 18,4%, respectivamente.

A média de idades dos utentes é de 75,12. Isto permite afirmar que os utentes têm uma idade elevada com uma média de aproximadamente 75 anos de idade.

Relativamente ao estado civil destaca-se a condição de viúvo(a) com um total de 63,3% dos utentes, seguindo-se 16,3% de indivíduos casados, 12,2% de solteiros e 8,2% de separados(as)/divorciados(as).

No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria dos utentes não frequentou o ensino formal ou frequentou apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano), com 57,1% e 40,8% dos casos, respectivamente. De salientar que apenas 2% dos utentes frequentou o 2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano). Importa referir que nenhum dos utentes da amostra frequentou o 3ºCiclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano), Ensino Secundário ou Ensino Superior.

A principal profissão desenvolvida durante a vida foi na maioria dos casos trabalhador(a) rural, com um total de 73,5%. Com percentagens menos significativas encontra-se ainda as profissões de: operário(a) fabril (6,1); trabalhadora doméstica (6,1%); trabalhador(a) na área do comércio (4,1%); trabalhador da construção civil (4,1%); auxiliar administrativa (2%); boleira (2%) e serralheiro (2%).

O valor da reforma/pensão dos utentes situa-se maioritariamente entre os valores de 201€ a 500€, com uma percentagem de 89,8% dos casos analisados. Com valores entre 501€ e 1000€ encontram-se 8,2% dos utentes. Até 200€ de valor de pensão encontra-se apenas 2%. Nenhum dos utentes referiu auferir valores superiores a 1001€ mensais.

Relativamente à constituição do agregado familiar, 42,9% dos utentes vive sozinho e 40,8% com família alargada. Apenas 16,3% vive em casal. Dos que vivem com família alargada, o



número de elementos do agregado familiar varia entre 2 e 5 indivíduos, com 63,2% para famílias com 3 elementos e 21,1% para famílias com 4 elementos.

Tabela 2:

Caracterização sócio-demográfica dos utentes

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade		49	75,12	14,351	2,05
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sexo	Masculino	9	18,4	18,4	18,4
	Feminino	40	81,6	81,6	100
	Total	49	100	100	-
Estado Civil	Solteiro(a)	6	12,2	12,2	12,2
	Casado(a)	8	16,3	16,3	28,6
	Viúvo(a)	31	63,3	63,3	91,8
	Separado(a)/Divorciado(a)	4	8,2	8,2	100
	Total	49	100	100	-
Nível de Escolaridade	Não frequentou o ensino formal	28	57,1	57,1	57,1
	1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano)	20	40,8	40,8	98
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)	1	2	2	100
	Total	49	100	100	-
Principal Profissão	Auxiliar Administrativa	1	2	2	2
	Boleira	1	2	2	4,1
	Comércio	2	4,1	4,1	8,2
	Construção Civil	2	4,1	4,1	12,2
	Operário(a) Fabril	3	6,1	6,1	18,4
	Serralheiro	1	2	2	20,4
	Trabalhador(a) Rural	36	73,5	73,5	93,9
	Trabalhadora Doméstica	3	6,1	6,1	100
	Total	49	100	100	-



Reforma / Pensão	Até 200€	1	2	2	2
	De 201€ a 500€	44	89,8	89,8	91,8
	De 501€ a 1000€	4	8,2	8,2	100
	Total	49	100	100	-
Com quem vive	Sozinho	21	42,9	42,9	42,9
	Em casal	8	16,3	16,3	59,2
	Com família alargada	20	40,8	40,8	100
	Total	49	100	100	-
Número de elementos do agregado familiar	2	1	2	5,3	5,3
	3	12	24,5	63,2	68,4
	4	4	8,2	21,1	89,5
	5	2	4,1	10,5	100
	Total	19	38,8	100	-

2.2. Características dos utentes e relação com o Centro de Dia

De acordo com os dados da Tabela 3 a população da amostra em estudo encontra-se a frequentar o Centro de Dia, em média, há 44,42 meses, o que corresponde aproximadamente a 4 anos. O valor elevado do desvio padrão (61,842) indica que os dados estão espalhados por uma gama de valores, o que significa que existem tempos de utilização muito díspares, ou seja, conforme indica a Tabela 4, por um lado existem indivíduos que frequentam o Centro de Dia há 348 meses e por outro lado indivíduos que frequentam há um mês.

Relativamente à intensidade de utilização do Centro de Dia, a totalidade dos utentes da amostra frequenta o centro 5 dias por semana.

Tabela 3:

Tempo e intensidade de utilização

	Mean	N	Std. Deviation
Tempo de Utilização	44,42	49	61,842
Intensidade de Utilização	5	49	0

Tabela 4:

Frequência do tempo de utilização (meses)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	2,0	2,0	2,0
1	4	8,2	8,2	10,2
3	2	4,1	4,1	14,3
4	1	2,0	2,0	16,3
6	2	4,1	4,1	20,4
7	1	2,0	2,0	22,4
10	1	2,0	2,0	24,5
11	2	4,1	4,1	28,6
12	3	6,1	6,1	34,7
13	2	4,1	4,1	38,8
17	1	2,0	2,0	40,8
19	1	2,0	2,0	42,9
22	1	2,0	2,0	44,9
23	2	4,1	4,1	49,0
24	3	6,1	6,1	55,1
27	1	2,0	2,0	57,1
30	1	2,0	2,0	59,2
32	1	2,0	2,0	61,2
33	1	2,0	2,0	63,3
36	2	4,1	4,1	67,3
42	1	2,0	2,0	69,4
54	1	2,0	2,0	71,4
60	2	4,1	4,1	75,5
64	1	2,0	2,0	77,6
72	3	6,1	6,1	83,7
74	1	2,0	2,0	85,7
77	1	2,0	2,0	87,8
84	1	2,0	2,0	89,8
96	1	2,0	2,0	91,8
120	1	2,0	2,0	93,9
180	1	2,0	2,0	95,9
204	1	2,0	2,0	98,0
348	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	



Pela análise da Tabela 5, pode-se afirmar que os motivos que levaram os utentes a utilizar a resposta de Centro de Dia variam entre oito categorias, destacando-se a procura de companhia, com 28,6% dos casos, a procura de companhia associada ao apoio na realização das AVDs, 24,5% dos casos e o apoio nas AVDs com 18,4% dos casos. Apenas 2% do total da amostra, correspondente a um caso, refere não ter tido qualquer tipo de expectativa aquando da sua integração no Centro de Dia, referindo inclusive que não teve conhecimento nem preparação, tendo ido ao engano. Para além destes motivos de entrada os utentes da amostra referiram ainda outros, tais como: companhia e alimentação (10,2%); animação (8,2%); alimentação (6,1%) e fisioterapia (2%).

No que respeita ao meio de transporte habitualmente utilizado pelos utentes para se deslocarem para o Centro de Dia, a maioria, com 75,5% dos casos, respondeu que utiliza veículos do próprio Centro. Uma percentagem de 22,4% dos utentes afirma deslocar-se a pé para o Centro de Dia. Apenas 2% dos casos, o que corresponde a um utente, referiu deslocar-se em veículo particular.

Relativamente ao estado de saúde dos utentes utilizadores da resposta de Centro de Dia 59,2% tem um estado razoável, 24,5% afirma ter um estado fraco e apenas 16,3% um estado bom, o que demonstra que o estado de saúde se situa ao nível do razoável. A maioria dos utentes, 98%, refere não ter ficado doente no último mês, de forma a não conseguir realizar as suas actividades básicas diárias habituais.

Tabela 5:

Características dos utentes/Relação com o Centro de Dia

				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Motivo de entrada	Actividades	de		4	8,2	8,2	8,2
	Animação						
	Alimentação			3	6,1	6,1	14,3
	Apoio nas AVDs			9	18,4	18,4	32,7
	Companhia			14	28,6	28,6	61,2
	Companhia /Alimentação			5	10,2	10,2	71,4
	Companhia/Apoio AVDs			12	24,5	24,5	95,9
	Fisioterapia			1	2	2	98

O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Meio de Transporte	Sem expectativas	1	2	2	100
	Total	49	100	100	
	Em veículo particular	1	2	2	2
	Veículos do Centro de dia	37	75,5	75,5	77,6
	A pé	11	22,4	22,4	100
Estado de Saúde	Total	49	100	100	
	Bom	8	16,3	16,3	16,3
	Razoável	29	59,2	59,2	75,5
	Fraco	12	24,5	24,5	100
	Total	49	100	100	
Dias Doente	0	48	98	98	98
	2	1	2	2	100
	Total	49	100	100	

Nas actividades da vida diária, conforme a Tabela 6, 93,9% não apresentam dificuldades em alimentar-se, sendo capaz de comer sem ajuda; 85,7% dos utentes afirma ser capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda e 85,7% é capaz de ir a casa de banho sozinho. Estes dados revelam um elevado grau de independência dos indivíduos, no que respeita a estas actividades. Em contrapartida e relativamente à actividade de tomar banho, os indivíduos já revelam algum nível de dependência, pois 46,9% da amostra necessita de alguma ajuda para realizar esta actividade.

Tabela 6:

Actividades da Vida Diária (AVDs)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
É capaz de vestir-se e despir-se?				
Não consegue fazer	1	2,0	2,0	2,0
Com alguma ajuda	6	12,2	12,2	14,3
Sem ajuda	42	85,7	85,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	
É capaz de tomar banho ou duhe?				
Não consegue fazer	1	2,0	2,0	2,0
Com alguma ajuda	23	46,9	46,9	49,0
Sem ajuda	25	51,0	51,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

É capaz de ir à casa de banho?

Com alguma ajuda	7	14,3	14,3	14,3
Sem ajuda	42	85,7	85,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

É capaz de comer?

Com alguma ajuda	3	6,1	6,1	6,1
Sem ajuda	46	93,9	93,9	100,0
Total	49	100,0	100,0	

À questão relativa às sugestões de melhoria por forma a tornar a participação dos utentes no Centro de Dia mais agradável, de acordo com os dados da Tabela 7, 65,3% dos indivíduos não respondeu. Do total de respostas válidas, a maior parte dos indivíduos, 12,2% respondeu que gostaria de realizar mais actividades de artes e ofícios; 6,1% sugere a realização de mais passeios ao exterior; 4,1% gostaria de realizar mais actividades de animação social; com percentagens de 2% surgem as sugestões de realizar actividades de artesanato e culinária, criação de uma biblioteca, constituição de um grupo de canto, actividades de expressão dramática, serviços de fisioterapia e por último a criação de um espaço para repouso.

Tabela 7:

Sugestões de melhoria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não responderam	32	65,3	65,3	65,3
Actividades de Animação	2	4,1	4,1	69,4
Artes e Ofícios	6	12,2	12,2	81,6
Artesanato / Culinária	1	2,0	2,0	83,7
Biblioteca	1	2,0	2,0	85,7
Cantar	1	2,0	2,0	87,8
Espaço para dormir a sesta	1	2,0	2,0	89,8
Fisioterapia	1	2,0	2,0	91,8
Passear	3	6,1	6,1	98,0
Teatro	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

De acordo com os dados descritos, pode-se afirmar que o utente utilizador do Centro de Dia frequenta em média o centro há quatro anos, tendo uma frequência assídua de cinco dias por semana. Dos motivos que levaram os utentes a utilizar a resposta de Centro de Dia destacam-se a procura de companhia e de apoio na realização das AVDs. Na maioria dos casos os utentes utilizam os veículos do Centro de Dia para se deslocarem até à resposta. O estado de



saúde dos utentes situa-se ao nível do razoável, não tendo a maioria, no último mês, ficado doente de forma a não conseguirem realizar as suas actividades básicas diárias habituais. Relativamente às AVDs, a maioria dos utentes apresenta independência na realização das actividades de alimentação, vestir-se e despir-se e ir a casa de banho sozinho. O que revela um elevado grau de independência dos indivíduos, no que respeita a estas actividades.

2.3. Serviços e actividades existentes no Centro de Dia/Grau de utilização e nível de satisfação dos utentes

Relativamente aos serviços de saúde, pela análise da Tabela 8, é possível afirmar que as consultas regulares marcadas com médico são o único item que alguns dos utentes, 24,5%, tem conhecimento da sua existência. Destes utentes apenas 14,3% afirmaram ter usado o serviço, dos quais 10,2% estão muito satisfeitos e 4,1% satisfeitos. Para os exames à visão, auditivos e para as consultas de dentista todos os utentes da amostra referiram não existirem ou não terem conhecimento da existência deste tipo de serviços.

No que respeita aos serviços de reabilitação, apenas os serviços de fisioterapia apresentam níveis de existência, não existindo terapia da fala e terapia ocupacional. No entanto apenas uma pequena percentagem da amostra, 6,1%, refere ter conhecimento e já ter usado o serviço, situando-se os níveis de satisfação entre o satisfeito (4,1%) e o muito satisfeito (2%).

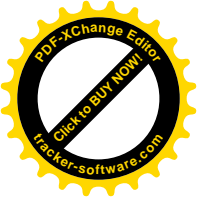


Tabela 8:

Serviços existentes, utilização do serviço, grau de satisfação

Existe este serviço no Centro?						Já usou este serviço?					Se sim qual o nível de satisfação?						
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Serviços de Saúde																	
Visão	Não	48	98	98	98			-	-	-	-			-	-	-	-
	Não sei	1	2	2	100			-	-	-	-			-	-	-	-
Exames auditivos	Não	48	98	98	98			-	-	-	-			-	-	-	-
	Não sei	1	2	2	100			-	-	-	-			-	-	-	-
Consultas regulares marcadas com médico	Sim	12	24,5	24,5	24,5	Sim	7	14,3	58,3	58,3	Satisfeito	2	4,1	28,6	28,6		
	Não	37	75,5	75,5	100	Não, não preciso	5	10,2	41,7	100	Muito Satisfeito	5	10,2	71,4	100		
Dentista	Não	48	98	98	98			-	-	-	-			-	-	-	-
	Não sei	1	2	2	100			-	-	-	-			-	-	-	-



O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Serviços de Reabilitação

Fisioterapia	Sim	3	6,1	6,1	6,1	Sim	3	6,1	100	100	Satisfeito	2	4,1	66,7	66,7
	Não	43	87,8	87,8	93,9		-	-	-	-	Muito Satisfeito	1	2	33,3	100
	Não sei	3	6,1	6,1	100		-	-	-	-		-	-	-	-
Terapia da Fala	Não	41	83,7	83,7	83,7		-	-	-	-		-	-	-	-
	Não sei	8	16,3	16,3	100		-	-	-	-		-	-	-	-
Terapia Ocupacional	Não	42	85,7	85,7	85,7		-	-	-	-		-	-	-	-
	Não sei	7	14,3	14,3	100		-	-	-	-		-	-	-	-

Serviços de Animação Social

Artes e Ofícios	Sim	44	89,8	89,8	89,8	Sim	41	83,7	93,2	93,2	Satisfeito	27	55,1	69,2	69,2
	Não	5	10,2	10,2	100	Não, não gosto	2	4,1	4,5	97,7	Muito Satisfeito	12	24,5	30,8	100
						Não, outra razão	1	2	2,3	100					
Festas	Sim	47	95,9	95,9	95,9	Sim	44	89,8	97,8	97,8	Satisfeito	24	49	53,3	53,3
	Não	2	4,1	4,1	100	Não, outra razão	1	2	2,2	100	Muito Satisfeito	21	42,9	46,7	100
Actividade Física	Sim	6	12,2	12,2	12,2	Sim	3	6,1	50	50	Satisfeito	1	2	33,3	33,3



O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

	Não Não sei	42	85,7	85,7	98	Não, não preciso	3	6,1	50	100	Muito Satisfeito	2	4,1	66,7	100
		1	2	2	100		-	-	-	-		-	-	-	-
Programas Educativos	Sim	10	20,4	20,4	20,4	Sim	9	18,4	100	100	Satisfeito Muito Satisfeito	6	12,2	66,7	66,7
		27	55,1	55,1	75,5		-	-	-	-		3	6,1	33,3	100
	Não Não sei	12	24,5	24,5	100		-	-	-	-		-	-	-	-
Entretenimento	Sim	48	98	98	98	Sim Não, não gosto	46	93,9	95,8	95,8	Insatisfeito	6	12,2	13	13
	Não	1	2	2	100		2	4,1	4,2	100	Satisfeito Muito Satisfeito	20	40,8	43,5	56,5
												20	40,8	43,5	100
Serviços Religiosos	Sim	43	87,8	87,8	87,8	Sim Não, outra razão	42	85,7	97,7	97,7	Insatisfeito	1	2	2,4	2,4
	Não Não sei	4	8,2	8,2	95,9		1	2	2,3	100	Satisfeito Muito Satisfeito	12	24,5	28,6	31
		2	4,1	4,1	100		-	-	-	-		29	59,2	69	100
Discussões em Grupo	Sim	3	6,1	6,1	6,1	Sim	2	4,1	100	100	Muito Satisfeito	2	4,1	100	100
	Não Não sei	36	73,5	73,5	79,6		-	-	-	-		-	-	-	-
		10	20,4	20,4	100		-	-	-	-		-	-	-	-



O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Saídas ao Exterior	Sim	47	95,9	95,9	95,9	Sim Não, não gosto Não, outra razão	44	89,8	93,6	93,6	Muito Insatisfeito	1	2	2,2	2,2	
	Não	1	2	2	98		1	2	2,1	95,7	Satisfeito	16	32,7	35,6	37,8	
	Não sei	1	2	2	100		2	4,1	4,3	100	Muito Satisfeito	28	57,1	62,2	100	
Actividades com Crianças	Sim	3	6,1	6,1	6,1	Sim	1	2	100	100	Muito Satisfeito	1	2	100	100	
	Não	46	93,9	93,9	100											
Grupos de Canto / Coro	Não	49	100	100	100		-	-	-	-		-	-	-	-	
Filmes / Cinema	Sim	2	4,1	4,1	4,1	Sim	2	4,1	100	100	Satisfeito	2	4,1	100	100	
	Não	46	93,9	93,9	98											
	Não sei	1	2	2	100		-	-	-	-			-	-	-	-
Serviços de Aconselhamento																
Terapia de Grupo	Não Não sei	37	75,5	75,5	75,5		-	-	-	-		-	-	-	-	
		12	24,5	24,5	100		-	-	-	-		-	-	-	-	
Aconselhamento Individual	Sim	2	4,1	4,1	4,1	Sim	2	4,1	100	100	Satisfeito Muito Satisfeito	1	2	50	50	
	Não	37	75,5	75,5	79,6		-	-	-	-			1	2	50	100
	Não sei	10	20,4	20,4	100		-	-	-	-			-	-	-	-

2.4. Análise dos elementos valorizados pelos utentes no âmbito dos cuidados usufruídos no Centro de Dia

Tabela 9:

Comunicação entre utentes

		Os utentes falam acerca dos seus diversos problemas.	Os utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais.	Os utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte.	Os utentes falam muito acerca dos seus medos.
DM_Discordo	Count	1	0	0	0
Muito	Table N %	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%
D_Discordo	Count	3	5	2	2
	Table N %	6,1%	10,2%	4,1%	4,1%
C_Concordo	Count	37	38	41	41
	Table N %	75,5%	77,6%	83,7%	83,7%
CM_Concordo	Count	8	6	6	6
Muito	Table N %	16,3%	12,2%	12,2%	12,2%
TOTAL	Count	49	49	49	49
	Table N %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Row N %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 10:

Performance dos colaboradores

		As informações acerca do centro são difundidas por todos.	Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.	Os utentes recebem muita atenção individual.	As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.	Os funcionários passam muito tempo com os utentes.
DM_Discordo	Count	0	0	0	0	0
Muito	Table N %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
D_Discordo	Count	0	0	0	0	0
	Table N %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
C_Concordo	Count	41	19	44	43	42
	Table N %	83,70%	38,80%	89,80%	87,80%	85,70%
CM_Concordo	Count	8	30	5	6	7
Muito	Table N %	16,30%	61,20%	10,20%	12,20%	14,30%
TOTAL	Count	49	49	49	49	49
	Table N %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Tabela 11:

Relacionamento entre colaboradores e utentes

		Os utentes recebem muita atenção individual.	Os utentes sabem sempre quando os funcionários estão por perto.	Os funcionários passam muito tempo com os utentes.	As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.	Os colaboradores passam muito tempo com os utentes.
DM_Discordo	Count	0	0	0	0	0
Muito	Table N %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
D_Discordo	Count	0	0	0	0	0
	Table N %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
C_Concordo	Count	44	6	40	42	40
	Table N %	89,80%	12,20%	81,60%	85,70%	81,60%
CM_Concordo	Count	5	43	9	7	9
Muito	Table N %	10,20%	87,80%	18,40%	14,30%	18,40%
TOTAL	Count	49	49	49	49	49
	Table N %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabela 12:

Interacção entre colaboradores

		Muitas vezes os colaboradores fazem sugestões uns aos outros.	Os colaboradores trabalham como uma equipa.	Os colaboradores têm dificuldades em dar-se bem uns com os outros.	Os colaboradores trabalham bem juntos.	Aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias.	As coisas aqui parecem que estão sempre a mudar.
DM_Discordo	Count	0	0	3	0	4	5
Muito	Table N %	0,00%	0,00%	6,10%	0,00%	8,20%	10,20%
D_Discordo	Count	12	0	41	0	44	43
	Table N %	24,50%	0,00%	83,70%	0,00%	89,80%	87,80%
C_Concordo	Count	36	39	3	38	0	0
	Table N %	73,50%	79,60%	6,10%	77,60%	0,00%	0,00%
CM_Concordo	Count	1	10	2	11	1	1
Muito	Table N %	2,00%	20,40%	4,10%	22,40%	2,00%	2,00%
TOTAL	Count	49	49	49	49	49	49
	Table N %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

Tabela 13:

Ambiente moral geral

		Os utentes queixam -se muito.	Os utentes por vezes começam discussões	Os utentes ficam muitas vezes impaciente s uns com os outros.	As pessoas aqui estão sempre a mudar a sua opinião.	Os utentes criticam- se muito uns aos outros.	Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui para passar o tempo.	Os funcionários criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância
DM_Discordo	Count	0	9	5	8	5	0	23
Muito	Table N %	0,00%	18,40%	10,20%	16,30%	10,20%	0,00%	46,90%
D_Discordo	Count	10	29	31	38	35	5	25
	Table N %	20,40%	59,20%	63,30%	77,60%	71,40%	10,20%	51,00%
C_Concordo	Count	35	10	12	3	8	44	1
	Table N %	71,40%	20,40%	24,50%	6,10%	16,30%	89,80%	2,00%
CM_Concordo	Count	4	1	1	0	1	0	0
Muito	Table N %	8,20%	2,00%	2,00%	0,00%	2,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	Count	49	49	49	49	49	49	49
	Table N %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabela 14:

Agradabilidade geral da estrutura do Centro de Dia

		Count	Table N %
Áreas com janelas	Sem janelas	0	0,0%
	Poucas janelas	0	0,0%
	Número adequado de janelas	34	69,4%
	Muitas janelas	15	30,6%
Luz	Muito inadequada	0	0,0%
	Um pouco inadequada	0	0,0%
	Boa iluminação	21	42,9%
	Excelente iluminação	28	57,1%
Local agradável	Nada atractivo e muito desconfortável	0	0,0%
	Pouco atractivo e desconfortável	0	0,0%
	Razoavelmente atractivo e agradável	10	20,4%



O Apoio Formal em Centros de Dia na Óptica dos Utentes

	Muito atractivo e agradável	39	79,6%
Cheiros	Muito desagradáveis	0	0,0%
	Um pouco desagradáveis	0	0,0%
	Sem cheiros	9	18,4%
	Odor fresco e agradável	40	81,6%
Limpeza das paredes e chão ou tapetes	Muito sujas	0	0,0%
	Um pouco sujas	0	0,0%
	Limpas	1	2,0%
	Muito limpas	48	98,0%



Tabela 15:

Alimentação

		O almoço é fornecido todos os utentes?	A ementa é afixada nas instalações ou é-lhe fornecida com antecedência?	Os lanches são fornecidos todos os dias?	A ementa é suficientemente variada?
Sim	Count	49	37	49	49
	Table N %	100,00%	75,50%	100,00%	100,00%
Não	Count	0	12	0	0
	Table N %	0,00%	24,50%	0,00%	0,00%
TOTAL	Count	49	49	49	49
	Table N %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Sabor da Comida

Pobre	Count	0
	Table N %	0,00%
Razoável	Count	1
	Table N %	2,00%
Bom	Count	12
	Table N %	24,50%
Muito Bom	Count	36
	Table N %	73,50%
TOTAL	Count	49
	Table N %	100,00%



2.5. Análise da satisfação global dos utentes em relação aos cuidados prestados pelo Centro de Dia

Tabela 16:

Satisfação Global dos utentes

		Vir para este centro faz-me sentir bem.	Alguns serviços neste centro podiam ser melhorados.	Os cuidados que recebo são bons.	Gosto da maioria das actividades neste centro.	Estou satisfeito(a) com os cuidados que recebo aqui.	Há alguns aspectos nos cuidados que recebo aqui que podiam ser melhores.
DM_Discordo	Count	0	4	0	0	0	4
Muito	Table N %	0,00%	8,20%	0,00%	0,00%	0,00%	8,20%
D_Discordo	Count	0	36	0	1	0	40
	Table N %	0,00%	73,50%	0,00%	2,00%	0,00%	81,60%
C_Concordo	Count	12	9	12	23	12	4
	Table N %	24,50%	18,40%	24,50%	46,90%	24,50%	8,20%
CM_Concordo	Count	37	0	37	25	37	1
Muito	Table N %	75,50%	0,00%	75,50%	51,00%	75,50%	2,00%
TOTAL	Count	49	49	49	49	49	49
	Table N %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

2.6. Análise do nível de bem-estar psicológico dos utentes

Tabela 17:

Índice global de bem-estar psicológico

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		TOTAL				
	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Mean	Standard Deviation	Total N	Valid N
Item 1	0	0,00%	9	18,40%	20	40,80%	19	38,80%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 2	0	0,00%	1	2,00%	19	38,80%	24	49,00%	5	10,20%	49	4	1	49	49
Item 3	0	0,00%	7	14,30%	23	46,90%	18	36,70%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 4	0	0,00%	7	14,30%	31	63,30%	9	18,40%	2	4,10%	49	3	1	49	49
Item 5	0	0,00%	5	10,20%	24	49,00%	19	38,80%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 6	0	0,00%	1	2,00%	23	46,90%	24	49,00%	1	2,00%	49	4	1	49	49
Item 7	0	0,00%	0	0,00%	18	36,70%	30	61,20%	1	2,00%	49	4	1	49	49
Item 8	0	0,00%	0	0,00%	27	55,10%	21	42,90%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 9	0	0,00%	20	40,80%	27	55,10%	1	2,00%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 10	0	0,00%	20	40,80%	27	55,10%	2	4,10%	0	0,00%	49	3	1	49	49
Item 11	0	0,00%	22	44,90%	23	46,90%	3	6,10%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 12	0	0,00%	18	36,70%	25	51,00%	5	10,20%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 13	1	2,00%	11	22,40%	15	30,60%	15	30,60%	7	14,30%	49	3	1	49	49
Item 14	1	2,00%	12	24,50%	16	32,70%	17	34,70%	3	6,10%	49	3	1	49	49
Item 15	0	0,00%	0	0,00%	14	28,60%	35	71,40%	0	0,00%	49	4	0	49	49
Item 16	0	0,00%	0	0,00%	13	26,50%	32	65,30%	4	8,20%	49	4	1	49	49
Item 17	0	0,00%	6	12,20%	24	49,00%	19	38,80%	0	0,00%	49	3	1	49	49
Item 18	0	0,00%	6	12,20%	27	55,10%	16	32,70%	0	0,00%	49	3	1	49	49
Item 19	0	0,00%	6	12,20%	29	59,20%	14	28,60%	0	0,00%	49	3	1	49	49



Item 20	1	2,00%	4	8,20%	17	34,70%	20	40,80%	7	14,30%	49	4	1	49	49
Item 21	0	0,00%	19	38,80%	22	44,90%	7	14,30%	1	2,00%	49	3	1	49	49
Item 22	0	0,00%	1	2,00%	10	20,40%	35	71,40%	3	6,10%	49	4	1	49	49
Item 23	1	2,00%	24	49,00%	19	38,80%	5	10,20%	0	0,00%	49	3	1	49	49
Item 24	0	0,00%	0	0,00%	2	4,10%	41	83,70%	6	12,20%	49	4	0	49	49
Item 25	0	0,00%	22	44,90%	21	42,90%	6	12,20%	0	0,00%	49	3	1	49	49
Total Mean												3,32			

Tabela 18:

Felicidade

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		TOTAL					
	Count	Table N	Count	Table N	Count	Table N	Count	Table N	Count	Table N	Count	Table N	Mean	Standard	Total N	Valid N
		%		%		%		%		%		%		Deviation		
Item 5	0	0,00%	5	10,20%	24	49,00%	19	38,80%	1	2,00%	49	100,00%	3	1	49	49
Item 12	0	0,00%	18	36,70%	25	51,00%	5	10,20%	1	2,00%	49	100,00%	3	1	49	49
Item 20	1	2,00%	4	8,20%	17	34,70%	20	40,80%	7	14,30%	49	100,00%	4	1	49	49
Item 21	0	0,00%	19	38,80%	22	44,90%	7	14,30%	1	2,00%	49	100,00%	3	1	49	49
Item 22	0	0,00%	1	2,00%	10	20,40%	35	71,40%	3	6,10%	49	100,00%	4	1	49	49
Item 23	1	2,00%	24	49,00%	19	38,80%	5	10,20%	0	0,00%	49	100,00%	3	1	49	49
Item 24	0	0,00%	0	0,00%	2	4,10%	41	83,70%	6	12,20%	49	100,00%	4	0	49	49
Item 25	0	0,00%	22	44,90%	21	42,90%	6	12,20%	0	0,00%	49	100,00%	3	1	49	49
Total Mean													3,38			

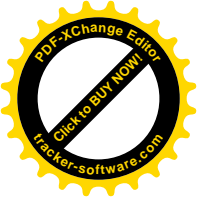


Tabela 19:

Sociabilidade

		Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre				TOTAL		Total N	Valid N
		Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Mean	Standard Deviation		
Item 13	1	2,00%		11	22,40%	15	30,60%	15	30,60%	7	14,30%	49	100,00%	3	1	49	49
Item 14	1	2,00%		12	24,50%	16	32,70%	17	34,70%	3	6,10%	49	100,00%	3	1	49	49
Item 15	0	0,00%		0	0,00%	14	28,60%	35	71,40%	0	0,00%	49	100,00%	4	0	49	49
Item 16	0	0,00%		0	0,00%	13	26,50%	32	65,30%	4	8,20%	49	100,00%	4	1	49	49
Total Mean														3,5			



Tabela 20:

Controlo de Si e dos acontecimentos

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre				TOTAL			
	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Mean	Standard Deviation n	Total N	Valid N
Item 17	0	0,00%	6	12,20%	24	49,00%	19	38,80%	0	0,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Item 18	0	0,00%	6	12,20%	27	55,10%	16	32,70%	0	0,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Item 19	0	0,00%	6	12,20%	29	59,20%	14	28,60%	0	0,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Total Mean													3			

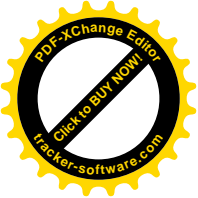


Tabela 21:

Envolvimento social

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		TOTAL					
	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Mean	Standard Deviation	Total N	Valid N
Item 9	0	0,00%	20	40,80%	27	55,10%	1	2,00%	1	2,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Item 10	0	0,00%	20	40,80%	27	55,10%	2	4,10%	0	0,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Item 11	0	0,00%	22	44,90%	23	46,90%	3	6,10%	1	2,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Total Mean													3			



Tabela 22:

Auto-estima

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		TOTAL					
	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Mean	Standard Deviation	Total N	Valid N
Item 1	0	0,00%	9	18,40%	20	40,80%	19	38,80%	1	2,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Item 2	0	0,00%	1	2,00%	19	38,80%	24	49,00%	5	10,20%	49	100,00 %	4	1	49	49
Item 3	0	0,00%	7	14,30%	23	46,90%	18	36,70%	1	2,00%	49	100,00 %	3	1	49	49
Item 4	0	0,00%	7	14,30%	31	63,30%	9	18,40%	2	4,10%	49	100,00 %	3	1	49	49
Total Mean												3,25				



Tabela 23:

Equilíbrio

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		TOTAL					
	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Count	Table N %	Mean	Standard Deviation	Total N	Valid N
Item 6	0	0,00%	1	2,00%	23	46,90%	24	49,00%	1	2,00%	49	100,00%	4	1	49	49
Item 7	0	0,00%	0	0,00%	18	36,70%	30	61,20%	1	2,00%	49	100,00%	4	1	49	49
Item 8	0	0,00%	0	0,00%	27	55,10%	21	42,90%	1	2,00%	49	100,00%	3	1	49	49
Total Mean													3,67			



Bibliografia

AUGUSTO, Berta, et al (2002). Cuidados Continuados – Família, centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Edições FORMASAU

Arrazola, F.J., Méndez, A., Lezaun, J.J. (2003). Centros de Día - Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales.

Barbosa, Helena (2001). Pobreza e Exclusão. In SILVA, Luísa Ferreira da (2001). Acção Social na área da família (pp.147-166). Lisboa: Universidade Aberta.

Bernardino, M. P. A. (2005). As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspectiva de educação e promoção da saúde. Dissertação de Mestrado não-publicada. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Bonfim, Catarina de Jesus; Saraiva, Maria Eugénia (1996). Centro de Dia (Condições delocalização, instalação e funcionamento). Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

Carmona, F.S. (1995). Idosos. *Psiquiatria Clínica*, nº 16 (2): 117-125.

Carvalho, Maria I. L. B. (2009). Modelo de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e nalguns países Europeus. *Revista Kairós*, nº 12, pp. 2: 32 – 47. PUC-SP.

Conrad, Kendon J.; Guttman, Rosalie. (1991) Characteristics of Alzheimer's versus Non-Alzheimer's Adult Day Care Centers. *Journal of Research on Aging*. vol. 131: pp.96-116. Sage Publications, Inc.

Conrad, Kendon J., Hughes, S.; et al. (1993). Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*.48, nº 3: 112-122

Correia, Martins, J. (2003). Introdução à Gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta.

Fernandes, Ana Alexandra (1997). Velhice e envelhecimento. Demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta editora.



Fernandes, Purificação L. D. (2002). *Depressão no idoso*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.

Fortin, Marie Fabienne (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures: Lusociência.

INE I.P. (2011). Destaque “Resultados Pré-definitivos_ Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos”. Consultado em 25 de Maio, 2012, de <http://www.ine.pt>

INE I.P. (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*, p.11. Lisboa. Consultado em 25 de Maio, 2012, de <http://www.ine.pt>

INE I.P. (2012). Destaque “Resultados Definitivos Censos 2011”. Consultado em 08 de Março de 2012, de <http://www.ine.pt>

INE I.P. (2012). *População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011 – Centro*. Consultado em 07 de Março de 2012, de <http://www.ine.pt>

Instituto da Segurança Social (ISS), I.P. (2010). *Centro de Dia – Questionários de Avaliação da Satisfação*. 2ª Edição. Disponível em <http://www.seg-social.pt/>

Instituto da Segurança Social (ISS), I.P. (2010). *Centro de Dia - Manual de Processos-Chave*. 2ª Edição. Disponível em <http://www.seg-social.pt/>

Instituto da Segurança Social (ISS), I.P. (2010). *Centro de Dia - Modelo de Avaliação da Qualidade*. 2ª Edição. Disponível em <http://www.seg-social.pt/>

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Martins, Rosa, M. L. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Millenium - Revista do ISPV (Educação, Ciência e Tecnologia)*, n.º 32, pp.126-140. Retirado em 25 de Maio, 2012, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>



Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS] (2010). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais 2010. Lisboa: Centro de Informação e Documentação GEP – CID. Retirado em 25 de Maio, 2012, de <http://cartasocial.pt>

Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro, & S.N. Jesus (Eds.), Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.

Nazareth, J. Manuel (2009) Crescer e Envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico. Lisboa: Editorial Presença.

OLIVEIRA, J., (1999), “Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representações da morte”, Psicologia, Educação e Cultura, 3, pp. 323-343;

Paúl, Constança (2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coord.). Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados (p.21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Pimentel, Luísa (1995). O Lugar do idoso nas redes de interacção e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (Dissertação de Mestrado).

Pimentel, Luísa (2001). O lugar do Idoso na Família - Contextos e Trajectórias. Coimbra: Quarteto Editora.

Reis, José (1995). O envelhecimento in Temas Geriátricos I, Lisboa: Roche.

Ribeiro, Delfina (2001). Envelhecimento. In SILVA, Luísa Ferreira da (2001). Acção Social na área da família (pp.219-245). Lisboa: Universidade Aberta.

Salselas, Teresa (2007). Política Social da Velhice (Texto Complementar ao Manual Introdução à Gerontologia). Lisboa: Universidade Aberta.

Sequeira, C. (2005). Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. Coimbra: Quarteto Editora.



Siqueira, Aline C., Betts, Mariana K., Dell’Aglío Débora D. (2006). A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 40, n.º 2, pp. 149-158. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, pp. 301-312.

Vaz, E., Silva, B. e Sousa, I. (2003). Configurações de Vida na Velhice. *Antropológicas*, nº7, pp. 181-209. Porto: UFP

Veloso, Esmeraldina (2008). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Velhice e Políticas Sociais (s/d). Retirado em 25 de Maio, 2012, de <http://catiaapereira.no.sapo.pt/velhice.pdf>